

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA  
MÉLANCOLIE  
Gangrène des Extrémités

THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 1<sup>er</sup> Décembre 1909*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Paul-Jules MAILLARD

*Né à Damvillers (Meuse), le 18 Décembre 1881.*

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

INTERNE DES ASILES.

|                          |   |             |                  |            |
|--------------------------|---|-------------|------------------|------------|
| EXAMINATEURS DE LA THÈSE | { | MM BERNHEIM | professeur...    | Président. |
|                          |   | ROHMER      | professeur...    |            |
|                          |   | SENCERT     | agrégé.....      | Juges.     |
|                          |   | COLLIN      | chargé de cours. |            |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY  
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR  
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS  
(Passage du Casino)

1909



FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY  
1909-1910

N° 7

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA  
MÉLANCOLIE  
Gangrène des Extrémités

THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 1<sup>er</sup> Décembre 1909*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Paul-Jules MAILLARD

*Né à Damvillers (Meuse), le 18 Décembre 1881.*

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

INTERNE DES ASILES

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM BERNHEIM  
ROHMER  
SENCERT  
COLLIN

professeur...  
professeur...  
agréé.....  
chargé de cours.

Président.

Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1909

# FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

*Doyen* : M. GROSS, O \*, I U.

*Assesseur* : M. BERNHEIM, \*, I U.

*Professeurs honoraires* : MM. BEAUNIS, \*, I U., NICOLAS, I U., PRENANT, I U.

## Professeurs.

|                                                  |                        |
|--------------------------------------------------|------------------------|
| Clinique médicale.....                           | M. BERNHEIM *, I U.    |
| Clinique chirurgicale.....                       | M. GROSS, O *, I U.    |
| Physique médicale.....                           | M. CHARPENTIER *, I U. |
| Médecine opératoire.....                         | M. CHRÉTIEN, I U.      |
| Clinique chirurgicale.....                       | M. WEISS *, I U.       |
| Chimie médicale et toxicologie.....              | M. GARNIER, I U.       |
| Clinique médicale.....                           | M. SPILLMANN, I U.     |
| Clinique obstétricale et Accouche-<br>ments..... | M. A. HERRGOTT *, I U. |
| Hygiène.....                                     | M. MACÉ, I U.          |
| Thérapeutique et Matière médicale....            | M. SCHMITT, I U.       |
| Physiologie.....                                 | M. ANCEL, A U.         |
| Pathologie gén. et Pathologie interne.           | M. SIMON, I U.         |
| Histoire naturelle médicale.....                 | M. VUILLEMIN, I U.     |
| Clinique ophtalmologique.....                    | M. ROHMER, I U.        |
| Médecine légale.....                             | M. PARISOT, I U.       |
| Clinique des maladies des enfants.....           | M. HAUSHALTER, I U.    |
| Anatomie descriptive.....                        | M. MEYER, I U.         |
| Histologie.....                                  | M. BOUIN, I U.         |

## Professeurs-adjoints.

|                                     |                  |
|-------------------------------------|------------------|
| Clinique d'électrothérapie (1)..... | M. GUILLOZ, I U. |
| Pathologie externe.....             | M. VAUTRIN, I U. |

## Chargés de Cours complémentaires.

|                                                         |                                  |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Clinique des maladies des vieillards...                 | M. ETIENNE, I U., agrégé libre.  |
| Clinique des maladies syphilitiques et<br>cutanées..... | M. L. SPILLMANN, A U., agrégé.   |
| Accouchements.....                                      | M. SCHUHL, I U., agrégé libre.   |
| Clinique d'orthopédie (1).....                          | M. FROELICH, I U., agrégé libre. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)...                | M. JACQUES, I U., agrégé libre.  |
| Clinique des voies urinaires (1).....                   | M. ANDRÉ, I U., agrégé libre.    |
| Anatomie pathologique.....                              | M. HOCHÉ, I U., agrégé.          |
| Clinique des maladies mentales.....                     | M. PARIS, A U.                   |

## Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I U.  
L. SPILLMANN, A U.  
MICHEL, A U.  
HOCHÉ, I U.

MM. RICHON, A U.  
G. GROSS, A U.  
FRUHNSHOLZ, A U.  
COLLIN, A U.

MM. DUFOUR, A U.  
SENCERT, A U.  
ROBERT, A U.

## Agrégés libres

MM. REMY, A U., FÉVRIER, \*, I U., ETIENNE, I U.  
ZILGIEN, A U., FROELICH, I U., SCHUHL, I U., JACQUES, I U., ANDRÉ, I U.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, \*, U, I U., Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les réprouver.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Témoignage de vive reconnaissance*

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :  
**MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM**  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS MES MAÎTRES

## INTRODUCTION

---

Plusieurs maladies mentales, appelées autrefois essentielles parce qu'on ne pouvait en découvrir le substratum organique, tendent de plus en plus à être considérées comme étant le résultat de troubles somatiques qui leur donnent naissance et les entretiennent. La mélancolie est de ce nombre, et à côté de l'état psychique anormal qui avait surtout attiré l'attention des anciens auteurs, il existe toujours un désordre profond des différentes fonctions de l'organisme, désordre qui, pour certains, constituerait même la cause primordiale de la psychose.

Depuis quelques années, les aliénistes font jouer à l'auto-intoxication un rôle prédominant dans l'étiologie de cette affection, et ils s'attachent à rechercher comment se font, chez les lypémaniques, les actes principaux de la vie organique. De telles études sont de la plus haute importance, car si l'origine intime de la mélancolie était définitivement connue, on pourrait peut-être instituer un traitement rationnel et contribuer utilement à rétablir, chez ces malheureux malades, l'exercice intégral des facultés intellectuelles. Or, plus les travaux se font nom-

breux à ce sujet, plus on constate combien est profonde l'atteinte portée à tout l'organisme par l'affection mentale qui nous occupe. Toutes les fonctions vitales, sans exception, se trouvent plus ou moins perverties, et quelquefois on assiste à l'apparition de troubles vaso-moteurs et trophiques graves, capables même parfois d'entraîner la mort. Nous avons eu récemment l'occasion d'observer dans notre service deux cas de gangrène au cours de la mélancolie, et sur les conseils de notre maître, M. le docteur Lalanne, nous avons cru intéressant d'étudier dans notre thèse inaugurale les troubles physiques et vaso-moteurs accompagnant habituellement l'état mélancolique ainsi que la gangrène des extrémités qui vient quelquefois le compliquer.

Nous diviserons notre travail de la façon suivante : après avoir retracé brièvement dans le premier chapitre les symptômes mentaux de la mélancolie, nous insisterons dans le second sur les troubles physiques particuliers à cette affection mentale. Enfin, le troisième chapitre aura trait aux troubles vaso-moteurs et trophiques, en particulier la gangrène des extrémités, et la description de ces phénomènes sera suivie d'une tentative personnelle de pathogénie à leur sujet.

Mais avant de quitter la Faculté de médecine de Nancy où, pendant plusieurs années, nous avons profité de si précieux enseignements, il nous reste un devoir très agréable à remplir, celui de remercier tous nos maîtres et de les assurer de notre profonde gratitude.

Nous avons toujours suivi avec le plus grand intérêt

les savantes cliniques de M. le professeur Bernheim. Il nous fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de croire à notre plus vive reconnaissance.

Nous avons été successivement l'externe de MM. les professeurs Gross, Spillmann, Herrgott et de M. le professeur agrégé Février. Nous n'oublierons jamais que c'est à leurs doctes leçons que nous devons la majeure partie de notre bagage médical.

Au cours de nos études, M. le professeur agrégé Vautrin voulut bien nous éclairer de ses conseils et nous prodiguer mille marques de sympathie. Son aide nous fut précieuse et nous lui adressons ici l'expression de notre inaltérable gratitude.

M. le professeur Rohmer, chirurgien de l'asile de Maréville, veut bien accepter d'être notre juge. Nous resterons toujours son obligé.

A Maréville, nous avons été, pendant trois années, l'interne de M. le professeur Lalanne, médecin en chef des asiles. C'est grâce à lui que nous avons pu mener à bien ce travail et nous n'oublierons jamais les preuves d'amitié et de confiance qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

MM. les docteurs Pâris, Dezwarte et Aubry ne nous ont jamais ménagé ni leur temps, ni leur aide. Qu'ils veuillent bien agréer nos plus sincères remerciements.

Enfin, nous conserverons un souvenir ineffaçable des belles journées passées à Nancy et à Maréville en compagnie d'excellents camarades que nous assurons de notre plus vive amitié.

## CHAPITRE PREMIER

### Symptômes psychiques de la mélancolie.

---

Sans vouloir retracer ici l'histoire de la question, qu'on trouve dans tous les traités de maladies mentales, nous allons tenter de décrire succinctement les principaux symptômes psychiques de la mélancolie. Cette affection, à laquelle Esquirol avait donné le nom de lypémanie, constitue, pour Séglas « une psychonévrose qui, en plus de symptômes physiques d'une grande importance, est psychiquement caractérisée : 1° par la production d'un état cœnesthésique pénible ; 2° par des modifications dans l'exercice des opérations intellectuelles ; 3° par un trouble morbide de la sensibilité morale se traduisant par un état de dépression douloureuse ». « A ces symptômes fondamentaux, ajoute l'auteur, peuvent se joindre des troubles délirants qui en résultent directement et leur sont secondaires. » Gilbert Ballet en donne la définition suivante : « C'est une affection mentale caractérisée par de la dépres-

sion avec sentiment d'impuissance morale et de tristesse. »

Quoi qu'il en soit, la plupart des aliénistes s'accordent à reconnaître deux symptômes constants, presque pathognomoniques, aux divers degrés de l'affection qui nous occupe, depuis la dépression mélancolique simple, voisine de la neurasthénie, jusqu'à la mélancolie délirante, avec vive anxiété et tendance au suicide. Ce sont : 1° la douleur morale, 2° le ralentissement des processus psychiques.

Séglas, et, plus tard, Toulouse et Roubinovitch ont bien décrit la genèse de ces phénomènes. Sauf des cas très rares où la maladie mentale éclate brusquement à la suite d'une émotion ou d'un violent chagrin, il existe presque toujours une période prodromique assez longue qui peut quelquefois passer inaperçue, faute de renseignements suffisants. Ce sont des troubles physiques qui ouvrent la scène, comme dans la neurasthénie. Le malade se plaint d'incapacité au travail, de lassitude, de courbature générale. Il existe de la céphalalgie, souvent limitée à la région occipitale, des bourdonnements d'oreilles, en même temps qu'une sensation très pénible d'anxiété précordiale avec palpitations fréquentes et troubles vaso-moteurs divers. L'insomnie ou la somnolence sont habituelles ainsi que les troubles gastro-intestinaux : constipation opiniâtre, anorexie, état saburral des voies digestives.

Or, à l'état normal, nous ressentons un certain nombre de sensations vagues qui nous rendent compte de l'existence de nos organes et de leur fonctionnement régulier. Cet ensemble de sensations agréables aboutit à la cons-

cience que nous avons de l'existence de notre propre corps ou cœnesthésie. Chez le malade en puissance de mélancolie, cet état normal est remplacé par un état cœnesthésique douloureux résultant des différents troubles physiques que nous venons de signaler. Le sujet a nettement conscience du trouble survenu dans l'harmonie de ses fonctions somatiques et il s'interroge à ce sujet. En même temps, ses sens ne lui permettent plus de percevoir le monde extérieur comme auparavant. Il reconnaît les objets, entend les sons, mais tout, autour de lui, paraît transformé et prend un aspect inconnu.

Ces deux faits, état cœnesthésique pénible et trouble de la vision mentale, sont nettement perçus par le malade et provoquent chez lui l'apparition d'un malaise indéfinissable, permanent, qu'on retrouve dans tous les cas de mélancolie : la douleur morale. Cette douleur morale très intense, que les sujets guéris dépeignent en employant mille images expressives, a été appelée névralgie psychique par Krafft-Ebing, qui essaie d'en donner une idée par comparaison. « L'état d'esprit déprimé et douloureux qui se produit spontanément, psychalgie ou phrénalgie, est le phénomène fondamental dans les états délirants mélancoliques. Il s'agit là d'un phénomène analogue à celui qui se passe dans les nerfs sensitifs affectés morbidement par un trouble de nutrition et réagissant sous forme de névralgie. » Un pareil état d'esprit existe à la base de nombreuses affections mentales, mais il présente, chez le mélancolique, un caractère spécial, c'est la passivité, la résignation avec lesquelles il est supporté. Tel malade,

sous la même impression, réagira par de l'excitation cérébrale, par une hyperidéation très accentuée avec désordre des actes (manie). Tel autre, cherchant une explication à sa souffrance, croit en reconnaître l'auteur parmi les personnes qui l'entourent et verse dans le délire des persécutions. Le mélancolique, au contraire, plie sous le faix et endure passivement sa douleur, qu'il n'attribue jamais qu'à lui-même. C'est ainsi que s'interrogeant continuellement, plongeant dans le fond de sa conscience, il arrive à se considérer comme la cause primordiale de tous ses maux et présente alors les diverses idées morbides qui caractérisent la mélancolie délirante.

La tristesse et tous les états émotifs pénibles produisent chez l'homme normal une dépression intellectuelle notable et le rendent incapable d'associer ses idées, de raisonner d'une façon efficace (Dumas). De plus, chez les malades dont nous nous occupons, les différentes fonctions organiques se font mal, la nutrition générale est ralentie. Il est donc naturel que l'état mélancolique caractérisé, d'un côté, par une douleur morale très vive, de l'autre, par des troubles physiques variés, comprenne dans sa symptomatologie une diminution des fonctions psychiques et qu'au ralentissement des combustions organiques corresponde une baisse du pouvoir intellectuel. Cette impuissance frappe presque toutes les facultés mentales et s'installe progressivement, de telle sorte que le malade a conscience de sa déchéance, ce qui est pour lui une nouvelle source de douleur.

L'affaiblissement de la volonté aboutit à une véritable

aboulie, et le mélancolique, incapable de prendre la moindre décision, hésite dans l'accomplissement des actes les plus futiles. Les actions de s'habiller, de s'alimenter prennent dans son esprit des proportions gigantesques. Une des malades, dont nous donnons plus loin l'observation, se décide à manger, après de multiples instances de la part des personnes qui l'entourent, puis, aussitôt après, se lamente, regrette ce qu'elle a fait, et cherche quelles calamités seront attirées sur sa tête par le crime qu'elle a commis. Elle écrit à un parent qui lui est cher et déchire sa lettre au dernier moment, persuadée que tout le monde se désintéresse de sa personne, et qu'il est tout à fait inutile qu'elle donne de ses nouvelles. Cette perpétuelle indécision se traduit d'ailleurs dans l'habitus extérieur des malades. Ils demeurent immobiles durant des heures entières, indifférents à ce qui se passe autour d'eux. Quand on leur adresse la parole, leurs réponses sont lentes et faites d'une voix monotone. Ils négligent souvent de se donner les soins les plus élémentaires et sont incapables de se livrer à la moindre occupation.

Outre ce trouble profond de la volition, on constate un affaiblissement habituel de la mémoire, du raisonnement, de l'imagination et de toutes les facultés intellectuelles en général. Cet abaissement parallèle du niveau mental, particulièrement bien étudié par Masselon, dans son ouvrage sur la mélancolie, peut atteindre un tel degré qu'il aboutit chez certains malades à la stupeur la plus complète.

En résumé, douleur morale et impuissance mentale, tels sont les deux caractères essentiels de la mélancolie, carac-

lères qui permettent de la différencier des autres formes d'aliénation mentale. Mais si ces symptômes se rencontrent d'une manière constante chez tous les lypémaniques, il en existe d'autres qui varient suivant les différents sujets. L'un présentera simplement de la dépression mentale et physique avec conscience. Chez un autre apparaîtront des idées délirantes diverses accompagnées quelquefois d'hallucinations. Un troisième tombera dans la stupeur, ou, au contraire, réagira énergiquement contre la souffrance qui l'accable. Les auteurs, envisageant la question sous des angles différents, ont donc été conduits à établir diverses classifications des mélancolies suivant le degré de réaction motrice (mélancolie dépressive et mélancolie anxieuse), l'absence ou la présence d'idées délirantes et d'hallucinations (mélancolie simple et mélancolie délirante), la cohésion du délire (délires mélancoliques systématisés), ou la marche de l'affection (mélancolie continue, rémittente, ou intermittente). Ball et Falret admettent trois variétés de mélancolie : la mélancolie avec conscience, la mélancolie dépressive avec tendance à la stupeur et la mélancolie anxieuse. Krafft-Ebing considère qu'il n'existe que deux formes cliniques de l'affection : 1° la mélancolie simple qu'il divise en mélancolie sans délire, mélancolie anxieuse et mélancolie délirante ; 2° la mélancolie avec stupeur. Toulouse et Roubinovitch décrivent une mélancolie dépressive, une mélancolie avec stupeur, une mélancolie anxieuse. Sans aller plus loin dans l'énumération de ces diverses classifications, qui sont sensiblement identiques, nous admettrons, avec Gilbert Ballet

et Masselon, quatre grandes classes de mélancolies que nous décrirons successivement : 1° la mélancolie simple ; 2° la mélancolie délirante ; 3° la mélancolie avec stupeur ; 4° la mélancolie anxieuse.

1° *Mélancolie simple*. — Cette forme est caractérisée par la présence exclusive des divers symptômes que nous venons de décrire, sans adjonction d'idées délirantes. Nous rencontrons ici une douleur morale assez vive et une diminution de la puissance intellectuelle assez prononcée pour empêcher le malade de se livrer au moindre travail, lui faire perdre tout sentiment affectif et le plonger dans une continuelle indécision. La tristesse envahit le champ de la conscience au point que le mélancolique ne peut en détourner son attention. Tout acte volontaire, si minime soit-il, dépasse ses forces ; la souffrance comme la joie d'autrui lui sont indifférentes et les raisonnements les plus convaincants, les exhortations les plus pressantes sont incapables de le sortir de son cercle d'idées. Ces malades qui, habituellement, ne sont pas internés dans les asiles, se rendent presque toujours compte de leur situation, ont conscience de leur inutilité sociale et de la peine qu'ils causent à leurs proches, et fréquemment, sont hantés par des idées de suicide qu'ils mettent quelquefois à exécution.

2° *Mélancolie délirante*. — Cette forme est généralement secondaire à la précédente, dont elle n'est que la conséquence logique. Le sujet, accablé par la douleur, conscient des troubles survenus dans son état physique et intellectuel, arrive naturellement à chercher une explication de

ces phénomènes, et les interprète suivant sa personnalité propre, ses croyances, son éducation antérieure, ou son genre de vie habituel. Si, auparavant, il était religieux, il se croit réprouvé de Dieu, damné, abandonné pour l'éternité aux puissances infernales. Ou bien, exagérant l'importance des fautes minimales commises par lui au cours de sa vie, quelquefois même en imaginant de toutes pièces, il devient un grand coupable, qui mérite tous les châtimens. L'un considère avec désespoir qu'il est incapable de tout travail, qu'il devient pour sa famille une source de dépenses, et bientôt il croit avoir dilapidé sa fortune, être complètement ruiné, manger quotidiennement le pain de ses enfans. L'autre, constatant l'existence du changement survenu dans sa vie physiologique, devient hypocondriaque et se croit atteint de mille maladies diverses. Telle est, dans la mélancolie, la genèse des idées délirantes qui ne constituent en somme que des tentatives d'explication des troubles ressentis primitivement par le malade, troubles mal interprétés par lui en raison de la baisse de son niveau intellectuel.

Ces diverses idées délirantes sont souvent associées chez le même individu. Ce sont, par ordre de fréquence : 1° Les idées d'indignité. Le sujet se considère comme un rebut de l'espèce humaine, il ne mérite pas qu'on s'occupe de lui, on devrait le tuer comme un chien, etc. ; 2° les idées de culpabilité qui, d'habitude, suivent rapidement les premières. Une de nos malades a gravement offensé Dieu, et toutes les personnes qui l'entourent sont enfermées par son fait. Une autre a laissé mourir ses enfans faute des

soins nécessaires. Ce délire est la conclusion logique de l'état anxieux qui présente les mêmes symptômes physiques que le sentiment du remords (anxiété précordiale, troubles circulatoires, etc.). Les patients se croient alors dignes des châtiments les plus terribles, et sont dans l'attente continuelle des pires supplices. On les dépouillera vivants, on leur arrachera les seins avec des tenailles rougies, on les plongera dans un bain d'huile bouillante, etc. ; 3° les idées de ruine. Le mélancolique ayant dilapidé sa fortune, refuse la nourriture parce qu'il ne pourra pas la payer ; 4° les idées de persécution qui, chez les lypémaniques, ont un caractère tout spécial de résignation, absent chez les autres aliénés. Les tracasseries qu'on leur fait subir, le mal dont ils souffrent, ne paieront jamais assez les fautes qu'ils ont commises, et, au contraire des persécutés véritables, ils ne réagissent presque jamais ; 5° les idées hypocondriaques, qui ne sont qu'une exagération des sensations cœnesthésiques douloureuses. Les malades s'imaginent que leurs organes ont subi des transformations multiples, et que leurs fonctions ne s'accomplissent plus de la même manière qu'auparavant. L'un a le pharynx obstrué, et les aliments ne peuvent plus pénétrer ; un autre croit que son cœur est arrêté ; un troisième n'urine plus que de l'eau pure. Ces diverses conceptions délirantes évoluent souvent d'une façon à constituer un état psychique particulier que Cotard a voulu isoler sous le nom de délire des négations et auquel il attribue une symptomatologie bien déterminée. Il indique, comme caractères principaux de ce délire,

l'existence d'idées de négation (absence ou destruction des organes, du monde extérieur) et d'idées d'immortalité avec anxiété très vive et tendances du suicide. Cet ensemble de phénomènes morbides ne doit vraisemblablement pas être considéré comme une forme vésanique spéciale, mais plutôt comme « une étape dans l'évolution de la mélancolie ». (Seglas), « un signe de chronicité avancée » (Falret). Régis voit même dans l'apparition du délire de Cotard un signe certain d'incurabilité.

Telles sont, brièvement énumérées, les conceptions anormales qui constituent la base du délire mélancolique, mais qui peuvent aussi se rencontrer dans d'autres affections mentales. Or ces idées délirantes possèdent dans le cas particulier, un certain nombre de caractères communs, propres à l'état mental qui nous occupe et dont la connaissance est d'une grande utilité pour poser nettement un diagnostic. Séglas, dans ses leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, décrit particulièrement bien le délire mélancolique et lui assigne les caractères pathognomoniques suivants : 1° c'est un délire secondaire parce qu'il succède à la mélancolie simple qui, elle-même, n'est que la conséquence des troubles cœnesthésiques et intellectuels qui en marquent le début ; 2° il est pénible puisque la douleur morale est la base même des troubles psychiques ; 3° il est monotone et fixe, en raison de l'arrêt des fonctions cérébrales. Les mêmes lamentations, que l'auteur compare à une litanie, les mêmes craintes imaginaires se répètent d'une façon régulière, et il existe une véritable pénurie du délire ; 4° il est empreint d'humilité.

Le malade est moins qu'un ver de terre, il est impur, souille tout ce qui le touche, et refuse qu'on s'approche de lui; 5° c'est un délire de passivité et de résignation. Jamais le sujet ne se révolte, tout ce qui lui arrive est bien mérité et il souhaite ardemment la venue du supplice qui lui fera expier ses fautes; 6° il est centrifuge, contrairement au délire des persécutés qui cherchent toujours et personnifient dans leur entourage le ou les auteurs de leurs maux. Le lypémaniaque, en effet, n'explique ses malheurs que par les crimes qu'il a commis et il croit nuire à tous ceux qui l'approchent; 7° c'est un délire d'attente puisque les patients, coupables de toutes les infamies, vivent plongés dans une perpétuelle angoisse et sont hantés par la crainte du châtiment terrible qui leur est réservé; 8° enfin, c'est un délire rétrospectif, les malades trouvant toujours, dans leur conduite antérieure, des fautes qui ont attiré sur leurs têtes tant de calamités.

Nous n'indiquerons que pour mémoire les hallucinations qui ne se rencontrent jamais dans la mélancolie simple, et n'existent qu'assez rarement dans la mélancolie délirante. Encore ne sont-ce le plus souvent que des illusions sensorielles ou des interprétations morbides, totalement différentes des hallucinations bien caractérisées qui accompagnent d'autres formes de maladies mentales. C'est ainsi qu'une de nos malades, entendant des ouvriers travailler dans la cour du quartier, croit que l'on creuse la tombe où elle doit être enterrée vivante. Une autre interprète mal les cris inarticulés poussés par une vieille démente, et comprend les mots suivants, prononcés dans

son intention : « maudite ! terrible ! » Ces troubles hallucinatoires n'offrent d'ailleurs, au point de vue diagnostic, qu'une importance minime.

3° *Mélancolie avec stupeur.* — La stupeur qui, d'ailleurs, peut se rencontrer dans des affections psychiques différentes (confusion mentale, délire hallucinatoire, etc.) ne constitue pas une forme spéciale de la mélancolie, mais fait ordinairement suite à un état mélancolique quelconque ou n'en est qu'un épisode. Elle est constituée par une inertie mentale et physique complète, et c'est là qu'on rencontre, parvenus à leur maximum, les divers troubles des fonctions organiques que nous décrirons dans le chapitre suivant. Le malade, absorbé complètement par le sentiment de vive douleur qui l'envahit tout entier, ne peut en détourner son attention et tout ce qui se passe autour de lui le laisse indifférent. On le voit inerte, immobile, plongé dans un mutisme obstiné. Les bras sont ballants, la tête inclinée, les yeux fixés vers la terre. Le gâtisme est habituel et le refus des aliments très fréquent. Les sujets qui guérissent de cet état de prostration racontent qu'ils vivaient dans un rêve continu, paralysés par une tristesse, une angoisse indéfinissables.

4° *Mélancolie anxieuse.* — L'anxiété survient souvent à titre de paroxysme dans le cours de la mélancolie simple, mais, quelquefois, elle prend une telle importance qu'elle contribue à constituer une forme bien spéciale de la lypémanie. Le malade réagit alors contre la douleur qui l'accable, se répand en lamentations monotones, implore le pardon, et marche devant lui sans arrêt. Quand la souff-

france intense qu'il ressent atteint son apogée, il accuse une sensation excessivement pénible de constriction épigastrique, se tord les mains, s'égratigne la face. Le facies de ces malheureux exprime d'ailleurs leur état d'âme, et, au cours de ces raptus mélancoliques, ils sont capables de se mutiler de la façon la plus atroce, de mettre fin à leurs jours par le premier moyen qui se présente à leur esprit.

Ces différentes formes de mélancolie, qu'on a dû séparer pour la commodité de la description, ne sont pas, en réalité, aussi nettement tranchées, et tel malade, au cours d'une mélancolie simple, pourra présenter plusieurs poussées d'anxiété et tomber ensuite dans la stupeur la plus complète. Quoi qu'il en soit, les mélancoliques ont besoin de soins assidus et d'une surveillance constante en raison des tendances dangereuses qu'ils manifestent, non pas tant pour leur entourage, mais surtout pour eux-mêmes. Le refus des aliments est fréquent chez eux, et cette sitio-phobie a de multiples causes. Les uns, se croyant ruinés, ne pourront jamais payer leur nourriture. D'autres, chez qui les idées de négation prédominent, n'ont plus d'estomac. Quelquefois, ils ne font qu'obéir à des hallucinations impératives de l'ouïe, ou veulent mourir de faim pour expier leurs fautes. Les objurgations les plus pressantes ne sont le plus souvent d'aucun effet sur eux, et l'alimentation forcée est une nécessité à laquelle on doit se résigner sans hésitation sous peine de voir les troubles mentaux s'accroître, en même temps que s'installe une déchéance physique souvent fatale à bref délai. A côté de ce refus systématique d'alimentation, on rencontre sou-

vent des tendances à l'auto-mutilation. Les malades cherchent à atténuer leur douleur morale en se faisant souffrir physiquement. Les uns se pincent la peau jusqu'à laisser imprimée la trace de leurs ongles. D'autres s'arrachent les cheveux, se compriment les membres à l'aide de liens ou s'égratignent d'une façon continuelle. Certains se déshabillent complètement pour souffrir du froid ou se couchent sur le sol dans le but d'expiation leurs fautes.

A côté de ces souffrances volontaires que s'imposent les mélancoliques, il faut mentionner d'une façon toute spéciale le suicide qui s'observe dans toutes les formes de l'affection, mais n'est le plus souvent que la conséquence d'idées délirantes de culpabilité, de ruine, d'expiation, etc. Tous les lypémaniques doivent être surveillés attentivement, même ceux qui ne paraissent pas capables de se donner la mort, et nous pourrions citer comme exemple une de nos malades qui dissimula ses idées tristes pendant deux années, et qui, quelques jours après sa sortie, se fit broyer volontairement par un train. Dans les asiles, malgré une surveillance de tous les instants, les tentatives de suicide sont fréquentes, et malheureusement, il n'est pas toujours possible de les déjouer à temps. Bien que la volonté soit considérablement diminuée dans la mélancolie et que l'indécision soit un des caractères constants de cette affection, les malheureux malades, sous l'influence de paroxysmes douloureux, sont capables d'employer les moyens les plus imprévus pour parvenir à leur but. La sensibilité, chez eux, est nettement émoussée, ce qui les

aide dans l'accomplissement de leurs desseins. Les auteurs citent de nombreux cas de suicide accomplis par des mélancoliques dans des circonstances particulièrement atroces, et le docteur Bedin (1), dans sa thèse inaugurale, donne la photographie du crâne d'un ancien pensionnaire de l'asile de Maréville, qui ne s'était pas porté moins de cinquante coups de hache sur la tête et qui, d'ailleurs, succomba rapidement à la suite de ces terribles blessures.

Maintenant que nous avons décrit les signes caractéristiques de la mélancolie, et les différentes formes sous lesquelles on rencontre cette affection, nous allons étudier les nombreux troubles physiques qui l'accompagnent toujours, et prennent, dans sa symptomatologie, une part des plus importantes.

---

(1) Docteur A. BEDIN. — La photographie au laboratoire de médecine légale de l'Université de Nancy, thèse Nancy, 1908.

## CHAPITRE II

### Troubles physiques dans la mélancolie.

---

La dépression mentale, l'arrêt des facultés intellectuelles sont habituellement accompagnés dans la mélancolie d'un ralentissement parallèle de l'activité des fonctions organiques, et, fréquemment, l'état de santé générale est si précaire qu'on a pu faire de cette maladie une affection psycho-physique, et que Joffroy la considérait « comme un syndrome mental se produisant sous l'influence de troubles des fonctions physiques, comme l'expression psychique d'un trouble somatique profond ». Ces phénomènes morbides existent constamment dans la mélancolie simple passive et se rencontrent avec leur maximum d'intensité dans les états de stupeur, mais ils apparaissent avec moins d'évidence dans l'anxiété et au cours des raptus mélancoliques. Dans ces cas, en effet, le malade ne subit plus passivement sa douleur, mais, au contraire, il réagit avec énergie. Tous les processus vitaux jouissent, de ce

fait, d'une activité nouvelle, souvent supérieure à celle qui existe chez l'homme normal, et, momentanément du moins, on ne retrouve plus alors certains des différents troubles physiques que nous allons décrire.

La douleur morale qui obsède le malade, la conscience qu'il a du ralentissement survenu dans l'exercice de ses fonctions vitales et intellectuelles, contribuent à lui donner un aspect général si caractéristique que, pour un œil exercé, le diagnostic est souvent posé avant tout interrogatoire. La physionomie donne l'impression permanente de la tristesse la plus vive. La tête s'incline vers la terre, les yeux sont baissés, le front se creuse de rides longitudinales profondes et la contraction des muscles sourciliers dessine à la racine du nez une figure qui ressemble à la lettre grecque ômega ( $\omega$  mélancolique). Les sillons nasolabiaux sont fortement accentués, les commissures labiales s'abaissent, ce qui allonge la face et lui donne une expression de vive douleur. Les malades prennent une attitude aussi typique que leur facies. Ils demeurent immobiles, les bras pendants, les muscles relâchés, se laissent soigner passivement et sont incapables d'accomplir les actes les plus futiles de la vie matérielle.

Un tel état de dépression retentit nécessairement sur l'état physique des sujets, et les troubles survenus au début de la mélancolie, dans l'exercice normal des fonctions organiques, deviennent en effet plus intenses. L'appareil digestif, dans son ensemble est, en particulier, profondément atteint, et tous les auteurs ont insisté, dans leurs descriptions de la mélancolie, sur l'importance des symp-

tômes gastro-intestinaux dont une des causes principales était, pour Esquirol, le déplacement du colon. Les lèvres sont fuligineuses, la langue se recouvre habituellement d'un épais enduit saburral, et l'haleine répand une odeur infecte, surtout quand la sitiophobie est complète. L'anorexie, d'ordinaire presque absolue, s'accompagne d'une constipation opiniâtre alternant avec des évacuations alvines abondantes, liquides, exhalant des émanations repoussantes. Les sécrétions gastriques sont modifiées et, le plus souvent, il existe de la dyspepsie avec hyperchlorhydrie. Bettencourt-Rodrigues, constatant chez les mélancoliques la fréquence de ces troubles gastro-intestinaux, et remarquant que la plupart de ces malades souffrent de dilatation d'estomac, en arrive à se demander si là ne serait pas la cause primordiale des états mentaux dépressifs, et il cite à l'appui de sa thèse l'observation d'un malade de Ellis qui présenta successivement plusieurs accès de mélancolie à la suite des troubles gastro-intestinaux que nous venons d'énumérer. On ne put trouver d'autre cause à ces poussées d'aliénation mentale qui, régulièrement, étaient précédées par l'apparition des mêmes symptômes physiques. L'étiologie de tous les cas de lypémanie est loin d'être aussi nette que dans l'exemple que nous venons de rapporter, mais il est d'observation courante que les paroxysmes anxieux coïncident toujours avec une recrudescence des troubles digestifs et que le traitement de ces troubles (purgatifs répétés, antiseptic intestinale, régime lacto-végétarien), améliore considérablement l'état mental des malades. L'anorexie et le refus

des aliments ont pour conséquence fatale une rapide dénutrition des sujets, et une diminution parallèle de leur poids. Celui-ci ne commence à augmenter que quand l'affection évolue vers la guérison ou passe à la chronicité.

La glande hépatique elle-même se trouve presque constamment atteinte dans la mélancolie que Galien, déjà, ne considérait que comme étant le résultat d'une altération de la bile. Il se produit, dans le fonctionnement du foie des anomalies que les auteurs ont particulièrement étudiées depuis quelques années et auxquelles ils attribuent une grande importance dans la genèse de l'affection. Gilbert et Lereboullet ont récemment approfondi la question. Ils constatent que les sujets atteints de maladies des voies biliaires ou de cholémie simple familiale ont un état mental particulier : leur activité cérébrale est remarquable, leur intelligence très ouverte, leur volonté très développée, mais, néanmoins, ils sont facilement enclins au découragement. Si l'insuffisance hépatique vient se greffer sur un terrain prédisposé par une tare nerveuse héréditaire, les idées tristes apparaissent, accompagnées de dégoût de la vie et de tendances au suicide. D'autres fois, l'hypocondrie prédomine et les malades s'exagèrent l'importance du moindre malaise, se croient atteints d'affections incurables et sont dans l'appréhension constante de la mort qui les guette. Les auteurs citent comme exemples Napoléon I<sup>er</sup> et son frère Louis et ils se demandent si la tristesse, fonds essentiel du caractère des Orientaux, ne s'expliquerait pas par la cholémie dont ils sont si fréquemment atteints. Les auteurs que nous venons de

citer ne se bornent d'ailleurs pas à de simples suppositions, mais, de l'observation de plus de cinquante cas, ils concluent que la mélancolie est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, liée à la cholémie familiale. Ces deux affections présentent d'ailleurs un grand nombre de symptômes communs : troubles gastro-intestinaux, dyspepsie, constipation, hémorroïdes, facies mat, jaunâtre ou terreux, bradycardie. La lypémanie s'accompagne fréquemment de signes révélateurs variés de la cholémie (xanthodermies, mélanodermies, nævi artériels et capillaires, urobilinurie, présence de pigments biliaires dans le sérum, glycosurie, etc...).

D'ailleurs, il est très fréquent de rencontrer des antécédents biliaires dans la famille du sujet et l'évolution même de l'affection, quand elle peut être suivie, vient quelquefois à l'appui de la thèse de Gilbert et Lereboullet. Une de leurs malades succomba, comme les hépatiques, dans le coma hypothermique. Cololian, après avoir observé minutieusement plus de soixante-dix malades, est encore plus affirmatif : « Le rôle du foie, dit-il, est prépondérant dans la pathogénie de la mélancolie. Nous osons presque affirmer que les affections biliaires et la cholémie simple familiale ont une connexité de cause à effet avec la mélancolie. » Quand la guérison de la psychose doit se produire, l'examen minutieux et régulier des urines permet de la prévoir avant qu'aucun changement soit survenu dans l'état mental du sujet. On voit, en effet, l'urobiline disparaître graduellement, ainsi que les pigments biliaires. L'auteur conclut que « la mélancolie est une affection

générale et simultanée des organes internes et du cerveau dans laquelle le foie est atteint avant toute dépression ».

Cramer, de Gottingen, rapporte à ce sujet une observation assez typique. Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, sans tare héréditaire, normalement constitué à tous les points de vue, qui, tous les ans, vers la même époque, depuis quelques années, présente brusquement des troubles digestifs accompagnés d'un ictère qui va s'accroissant. Le malade voit alors survenir un grand changement dans son état mental. Des idées hypocondriaques s'installent, puis, quand l'affection est parvenue à son apogée, on constate tous les symptômes de la mélancolie délirante : idées d'indignité, mutisme, apathie, paroxysmes anxieux avec tentatives de suicide, hypothermie. A ce moment l'analyse des urines décèle toujours la présence d'albumine et de pigments biliaires.

Notre excellent ami et collègue, le docteur Hamel (1), cite également dans sa thèse une observation analogue de M. le docteur Pâris. Une malade, entrée à l'asile pour délire de persécution avec moments d'exaltation mélancolique et idées de suicide, présentait une teinte subictérique très nette, et divers signes d'insuffisance hépatique. Elle fut soumise à un traitement approprié, et guérit en quinze jours, à la suite d'une crise de coliques hépatiques, qui, probablement, supprima la cause d'intoxication.

Il ressort de l'étude de ces faits que la plupart des cas

(1) Docteur J. HAMEL. — Essai critique d'une thérapeutique de l'agitation et de l'insomnie chez les aliénés vésaniques, thèse Nancy, 1909.

de mélancolie sont accompagnés de phénomènes d'insuffisance hépatique que de nombreux aliénistes ne considèrent plus seulement comme une des perturbations physiques accompagnant l'affection mentale, mais bien comme une des causes principales de cette affection.

L'appareil circulatoire est également frappé par le ralentissement qui atteint toutes les fonctions de l'économie et il est naturel de trouver une circulation défectueuse dans un organisme où les combustions vitales sont diminuées, où l'inertie physique et mentale est aussi accrue. Dumas a étudié particulièrement le mode de réaction physiologique de l'organisme sain sous l'influence de la tristesse, et à la suite de nombreuses expériences faites sur des sujets indemnes de toute tare mentale, il constate chez eux l'existence d'un certain nombre de phénomènes constants, que, pour cette raison, il considère comme essentiels dans la physiologie de la tristesse passive. Ce sont : 1° une circulation périphérique languissante ; 2° le ralentissement de la respiration. Ces mêmes symptômes se retrouvent dans la mélancolie qui n'est, somme toute, qu'une tristesse morbide.

Dans les états de dépression et de stupeur, les pulsations cardiaques sont ordinairement faibles, et il est difficile d'en obtenir un cardiogramme ; le pouls radial est considérablement ralenti, à peine perceptible à la palpation, le pouls capillaire disparaît, et le tracé sphymographique nous montre une ligne d'ascension peu élevée suivie d'un court plateau. Dumas affirme qu'il existe chez tous les mélancoliques une vaso-constriction périphérique

intense ainsi qu'une tension artérielle généralement assez faible. Néanmoins, dans un certain nombre de cas, et particulièrement au début de l'affection, la vaso-constriction périphérique s'accompagnerait d'hypertension artérielle. Pour Toulouse et Roubinovitch, la baisse de la pression artérielle est habituelle. Mercier, dans sa thèse inaugurale, arrive aux mêmes constatations, et il conclut de ses recherches que : « 1° Dans tous les états de stupeur, la pression est basse en général, quelle que soit la cause de cette stupeur, mais à condition que le rein soit sain ; 2° dans la mélancolie simple, la pression est basse si le rein est sain. Elle est à peu près normale dès qu'il y a un léger degré d'imperméabilité rénale ou un début d'arteriosclérose ; 3° dans la mélancolie anxieuse, la pression est élevée. » Tous ces troubles circulatoires, assez nets déjà dans la mélancolie simple, sont plus facilement constatables dans la stupeur où l'arrêt psychique est presque complet, mais, dans la mélancolie anxieuse où le malade ne supporte plus passivement sa douleur morale, mais, au contraire, réagit avec énergie, le pouls prend une fréquence anormale (95 à 110 pulsations), la tension artérielle remonte de 9 ou 10 à 13 ou 14, le pouls capillaire réapparaît. Cependant, en règle générale, le ralentissement de la circulation est habituel dans la mélancolie et il apparaît nettement dans la période de dépression de la folie circulaire, par comparaison avec la période d'excitation.

Cette circulation languissante, cette vaso-constriction périphérique constante dans les états dépressifs ont pour conséquence une irrigation défectueuse des extrémités

qui deviennent pâles et exsangues ; puis survient la stase veineuse qui s'accompagne de cyanose, d'œdèmes et de troubles divers sur lesquels nous insisterons plus particulièrement dans le cours de ce travail. La température centrale est abaissée, celle des extrémités l'est comparativement davantage, et Dumas, chez une de ses circulaires a trouvé comme température périphérique 22° pendant la dépression, 34° pendant l'excitation.

Le sang lui-même est altéré, et les nombreux auteurs qui en ont fait l'analyse dans la mélancolie sont arrivés aux mêmes constatations. Vorsler (1) et Dumas trouvent de l'hypoglobulie et une diminution de l'hémoglobine. Steele tire de ses recherches les conclusions suivantes : Dans la mélancolie aiguë ou chronique, il y a une diminution très marquée du nombre des globules rouges et la quantité d'hémoglobine est réduite dans les mêmes proportions. Les hématies sont elles-mêmes altérées dans leur forme et, très souvent, on leur trouve des dentelures, des crénelures anormales. L'auteur, en présence de ces constatations, préconise un traitement tonique par le fer, la strychnine, etc., traitement qui, dans la grande majorité des cas, lui a donné d'excellents résultats, l'amélioration des symptômes mentaux coïncidant avec l'amélioration de la santé générale et de la qualité du sang. Obici et Bonon étudient le liquide dans une autre de ses propriétés, la résistance globulaire ou résistance opposée par le stroma du globule rouge à céder son hémoglobine à une solution saline. Pour eux, chez tous les aliénés en général,

(1) VORSLER. — Allg. Zeitschrift Psych., 1894.

mais particulièrement chez les mélancoliques, cette résistance globulaire est inférieure à la normale et dans beaucoup de cas il existe un rapport direct entre la gravité du processus toxique et des manifestations cliniques, et l'intensité des altérations du pouvoir hémolytique.

Outre ces altérations sanguines, et le ralentissement de la circulation qui les accompagne habituellement, la stase veineuse est encore favorisée dans la mélancolie par une diminution parallèle de l'activité respiratoire. Dans les formes dépressives et stupides de l'affection, les mouvements respiratoires perdent en même temps de leur fréquence et de leur amplitude. Tantôt les mouvements thoraciques d'inspiration et d'expiration sont superficiels, à peine apparents, et l'auscultation ne laisse entendre qu'un murmure vésiculaire lointain, très affaibli, quelquefois même imperceptible. Tantôt une inspiration forte est suivie d'une véritable pause respiratoire qui se traduit sur les tracés graphiques par un trait presque rectiligne suivi de quelques ondulations très faibles [Marcé (1)]. La capacité respiratoire est naturellement diminuée et l'analyse de l'air expiré permet de constater un abaissement très marqué de l'intensité des combustions organiques. Chez les mélancoliques à délire très actif et chez les anxieux, la fréquence des mouvements respiratoires augmente, mais leur amplitude est encore insuffisante. La paroi thoracique se soulève convulsivement, par saccades, comme celle d'une personne qui sanglote et la ligne du tracé est tremblée. Elle est de plus irrégulière, traduisant ainsi les

(1) MARCÉ. — Traité pratique des maladies mentales.

variations continues que subit l'activité respiratoire sous l'influence de l'intensité de la douleur morale et des paroxysmes anxieux qui l'accompagnent. L'accroissement de fréquence qui, vraisemblablement, est dû dans ces cas à l'activité cérébrale des malades, est encore insuffisante pour assurer une hématoxémie parfaite. Le sang, déjà mal oxygéné, rencontre des obstacles périphériques, au niveau desquels il perd de son oxyhémoglobine, qui se transforme en hémoglobine réduite. Cette insuffisance respiratoire et circulatoire explique en partie la fréquence des congestions passives du poumon chez les mélancoliques, la moindre résistance de ces malades à toutes les affections pulmonaires infectieuses, et l'asphyxie des extrémités dont ils souffrent si fréquemment.

Là ne s'arrêtent pas les troubles organiques existant dans la mélancolie, où toutes les fonctions vitales sans exception sont plus ou moins atteintes. Les diverses sécrétions sont toujours diminuées, et certaines même disparaissent quelquefois complètement. Les larmes sont souvent tarries, et une de nos pensionnaires se plaint de ce phénomène qu'elle considère comme une preuve de sa déchéance morale. « Je suis moins que rien ; mon cœur est de pierre ; je ne puis même plus pleurer. » La salive s'épaissit et s'écoule en moindre abondance, excepté chez certains stupides où l'on assiste à de véritables crises de sialorrhée. Les lèvres se dessèchent et se couvrent de fuliginosités, l'haleine est fétide, la langue saburrale, et les malades se plaignent d'avoir dans la bouche une saveur continue d'amertume. La sécrétion gastrique,

quoique habituellement hyperacide, est diminuée qualitativement et quantitativement, et les digestions se font mal, ce qui détermine la perte de l'appétit avec toutes ses conséquences. Les glandes sudoripares ne remplissent qu'imparfaitement leur rôle et elles éliminent des acides gras volatils fétides, produits normaux de désassimilation qui, à la faveur de l'insuffisance des combustions vitales, n'ont pas pu être décomposés dans l'organisme. L'enduit sébacé n'est plus secrété en abondance suffisante et la peau se dessèche, les cheveux deviennent cassants. Les intestins sont frappés d'atonie, le fonctionnement de leurs glandes est troublé, ce qui occasionne une constipation opiniâtre avec tous les inconvénients de la coprostase. La menstruation elle-même est habituellement supprimée pendant toute la durée de l'affection et les règles ne réapparaissent que quand la convalescence tend à s'établir.

Un tel ralentissement des fonctions organiques, ainsi que la dénutrition qui l'accompagne, doivent fatalement apporter un changement dans la composition des matériaux excrétés. Les divers éléments de l'urine, en particulier, ne se retrouvent plus dans les mêmes proportions qu'à l'état normal et la toxicité de ce liquide est différente. De nombreux auteurs ont spécialement étudié, dans le courant de ces dernières années, les troubles de la sécrétion urinaire chez les mélancoliques, cherchant à faire jaillir de leurs recherches des notions précises sur l'étiologie de l'affection et à en déduire un traitement approprié. Malheureusement les résultats de leurs analyses ne sont pas concordants, l'interprétation de chaque

fait constaté prête à la discussion, et il n'est pas possible actuellement de tirer de ces travaux des conclusions nettes, vraiment scientifiques. Quoi qu'il en soit, un certain nombre de faits paraissent acquis, qui tendent à démontrer, dans la mélancolie, l'existence d'une désassimilation très active, accompagnée d'une intoxication véritable de l'organisme.

La quantité d'urine est ordinairement diminuée, sans pour cela que la densité varie sensiblement, ce qui tient à ce fait que certains éléments s'y retrouvent en moins grande abondance que dans l'urine de l'homme sain. Le volume excrété dans les vingt-quatre heures varie de sept à huit cents centimètres cubes, au lieu de douze à quinze cents, chiffre normal, et il augmente généralement quand l'état mental du malade s'améliore.

Les auteurs sont d'accord pour constater que l'urée, produit ultime de la combustion des matières albuminoïdes, est diminuée dans les urines des mélancoliques. Mais cette insuffisance de l'élimination que Melville-Hibbard attribue dans la plupart des cas à une diminution dans l'ingestion des matières protéiques, est considérée par Toulouse et Roubinovitch, Dumas, Viel, comme étant le résultat du ralentissement survenu dans l'intensité des combustions organiques. La quantité d'acide urique excrété paraît très variable ; augmentée pour les uns, elle est normale ou diminuée pour les autres. Toulouse et Roubinovitch concluent de leurs analyses qu'il existe un excès d'élimination de l'acide phosphorique, ce qui, pour eux, indique l'existence d'un travail de désassimilation

au niveau des centres nerveux. Dumas arrive à un résultat totalement opposé et considérant que la quantité d'acide phosphorique est en raison directe de l'activité des échanges nutritifs, conclut que sa diminution témoigne d'un ralentissement dans les combustions. Pour Alicot, cette baisse du taux des phosphates urinaires traduit le ralentissement des fonctions du système nerveux. Viel considère que, dans la mélancolie, les éliminations de l'urée et de l'acide phosphorique semblent particulièrement influencées, mais le sont différemment suivant la forme de l'affection. « Dans les états dépressifs, où la tristesse est passive (mélancolie avec conscience, stupeur), le taux de l'urée et celui de l'acide phosphorique sont diminués. » Au contraire, « dans les états actifs, où la tristesse est agitée et inquiète, dans l'anxiété, dans les périodes d'excitation de la folie circulaire, de même que dans les raptus mélancoliques, on observe une augmentation du taux de l'urée et de l'acide phosphorique ». Et il conclut que l'élimination de ces deux éléments urinaires semble suivre une marche parallèle avec l'intensité du délire et le travail intellectuel qui l'accompagne.

Guérin et Aimé (1), étudiant les variations de composition de l'urine dans un cas de folie intermittente, sont arrivés à des résultats à peu près identiques. Ils analysèrent les urines pendant dix jours consécutifs, aux deux périodes de l'affection, et firent les constatations suivantes.

(1) GUÉRIN et AIMÉ. — Un cas de folie intermittente avec étude de quelques éléments urologiques, *Revue Médicale de l'Est*, 1899.

« Pendant la période d'excitation de la folie périodique, il y a augmentation considérable du volume de l'urine, de la chaux, de la magnésie. Durant la dépression, le volume de l'urine, l'excrétion de l'urée, de l'acide phosphorique et de la magnésie diminuent énormément. L'excrétion de la chaux est accrue légèrement. Enfin, dans les deux périodes, l'élimination de l'acide phosphorique ne présente, *relativement* à celle de l'urée, que des variations très faibles, le rapport normal de l'acide phosphorique à l'urée étant sensiblement de 1/10. » Pour les auteurs de telles différences dans la quantité des matériaux éliminés seraient la conséquence de l'activité plus ou moins grande de la cellule cérébrale, dépensant pendant l'excitation une quantité exagérée de ses éléments minéraux (chaux et magnésie), économisant au contraire ces mêmes éléments durant la période dépressive. De toutes ces recherches, il semble ressortir que dans les états dépressifs, il existe une baisse du taux de l'urée et des phosphates éliminés, et que cette diminution traduit bien le ralentissement des fonctions intellectuelles et organiques existant d'une manière constante chez ces malades.

D'autres corps chimiques entrant dans la composition de l'urine sont également excrétés dans la mélancolie en quantité anormale. L'indoxyl, en particulier, se retrouve presque toujours en excès. Townsend, Lewis et Bruce constatent qu'il existe une connexité entre le symptôme mental dépression et l'excès d'indoxyl urinaire, dont le taux habituel n'est au contraire jamais augmenté dans les

cas d'excitation cérébrale. Il existe en même temps des signes de toxémie, et l'atteinte portée au fonctionnement des facultés intellectuelles serait d'autant plus grave, les symptômes d'intoxication d'autant plus accusés, que la quantité d'indoxyl révélée par l'analyse serait plus grande dans les urines. Dans les cas de guérison rapportés par Townsend, ce corps revient toujours à son taux normal avant que les différents symptômes mentaux de l'affection ne disparaissent. Lewis et Bruce font remarquer que, dans quatre cas très nets de mélancolie, ils n'ont pu observer ce trouble d'excrétion, mais ils rappellent que certaines toxines, en s'unissant aux cellules nerveuses, ou en modifiant de toute autre manière leur activité fonctionnelle, peuvent provoquer l'apparition de troubles mentaux prolongés sans pour cela qu'on puisse déceler la présence de ces toxines dans les excréments. On pourrait donc admettre dans ces cas l'intoxication par l'indoxyl, bien que l'analyse ne permette pas d'en découvrir dans l'urine, et c'est là qu'il faut chercher l'explication de notre impuissance à améliorer les malades dont le traitement a été commencé tardivement. D'après les auteurs, les sujets atteints de mélancolie souffrent tous plus ou moins de l'absorption de toxines produites au niveau du tube intestinal par des putréfactions anormales, et l'excès d'indoxyl dans l'urine est le signe indéniable de processus morbides de fermentation, ayant leur siège dans la partie supérieure de l'intestin. Il reste à savoir si les phénomènes d'auto-intoxication sont primitifs et doivent être considérés comme le facteur étiologique principal de l'affection, ou bien secon-

daires et présentant le caractère d'une complication. Quoi qu'il en soit, l'antisepsie et les grands lavages intestinaux le régime lacté pur ou lacto-végétarien ont une réelle efficacité et une grande valeur dans le traitement de la mélancolie.

Enfin on a noté (Easterbrock) (1), l'existence d'une indicanurie excessive, paraissant surtout résulter de la constipation souvent ancienne et rebelle chez les aliénés qui nous occupent, et de la glycosurie, qui peut être due à un trouble de la fonction glycogénique du foie, ou bien, comme certains aliénistes l'ont prétendu, à des altérations du bulbe qui jouent souvent un rôle important dans la pathogénie du diabète sucré.

L'existence de telles variations qualitatives et quantitatives dans l'élimination des déchets organiques apporte naturellement des changements dans la toxicité urinaire, et de nombreuses recherches expérimentales ont été faites récemment en vue de déterminer le degré de cette dernière. On tend de plus en plus à considérer bon nombre de maladies mentales et la mélancolie en particulier comme étant l'expression d'une auto-intoxication intense des centres nerveux, et il serait de la plus haute importance de connaître la nature des produits toxiques élaborés en trop grande quantité, ou, au contraire, insuffisamment éliminés par l'organisme, pour en déduire une thérapeutique rationnelle. Les auteurs emploient généralement comme réactifs des lapins, dans le torrent circulatoire desquels ils injectent de l'urine jusqu'à ce que la

(1) EASTERBROCK. — Journ. Ment. Sc., oct. 1906.

mort se produise, et ils déduisent le pouvoir toxique de la quantité de liquide qu'il a fallu employer. Malheureusement, de nombreuses causes d'erreur sont inhérentes à ce genre d'expérimentation. Tout d'abord, on ne connaît même pas exactement la quantité d'urine normale nécessaire pour tuer un animal. Pour Bouchard, elle oscille entre 30 et 60 centimètres cubes ; pour Mairét et Bosc entre 45 et 90. De plus, les lapins en expérience ne sont pas toujours de même poids, ou offrent des résistances individuelles différentes à l'intoxication. La quantité d'urine éliminée dans les vingt-quatre heures varie suivant que le sujet absorbe dans son alimentation plus ou moins de liquide et sa toxicité peut changer d'un jour à l'autre. Il n'est donc possible d'arriver qu'à des résultats approximatifs, mais, en tenant compte des difficultés qui entourent ce genre d'investigations, la plupart des aliénistes et, entre autres Chevalier-Lavaure et Régis, Bettencourt-Rodrigues, Mairét et Bosc, s'accordent pour admettre que, d'une façon générale, les urines des mélancoliques sont notablement plus toxiques que les urines normales. Gilbert Ballet, Bordas et Roubinovitch, admettant que le coefficient urotoxique normal est de 0,464, ont trouvé dans différents cas un coefficient variant de 0,618 à 2,6. M. le professeur Parisot (1), étudiant les variations de la puissance toxique de l'urine dans la démence sénile accompagnée de délire vésanique, fait des constatations analo-

(1) P. PARISOT et LÉVY. — De la toxicité urinaire au cours de la démence simple ou avec manifestations vésaniques. Congrès des aliénistes, Nancy, 1896.

gues et remarque que chaque accès délirant est régulièrement précédé d'une diminution de la toxicité urinaire, dont le taux se relève au contraire notablement dès que sont apparus les troubles mentaux. Ces variations étaient si nettes, si régulières que la baisse du taux urotoxique pouvait faire prévoir, avant toute autre manifestation clinique, l'accès d'aliénation mentale dont allait être frappé le sujet. Il semble ressortir de ces recherches que l'augmentation de la quantité de toxines circulant dans l'organisme, a une influence réelle sur l'apparition du délire. Malheureusement nous ne connaissons, ni la nature exacte de ces toxines, ni l'influence particulière que peut exercer chacune d'elles, et de plus, il ne nous est pas possible de déterminer si leur présence relève d'un trouble de nutrition qui serait cause efficiente de la mélancolie, ou bien si elle n'est que le résultat de fermentations gastriques et intestinales anormales et des troubles digestifs qui sont presque la règle chez les mélancoliques. Un vaste champ de recherches reste encore ouvert, de ce côté, aux efforts des aliénistes, et de là sortira peut-être la thérapeutique mentale de l'avenir.

Le système nerveux lui-même, dans la mélancolie, participe à l'atteinte profonde portée par l'affection à tout l'organisme. Il voit habituellement ses fonctions perverses, et les malades accusent toujours un certain nombre de troubles subjectifs pénibles. L'insomnie est souvent rebelle à tout traitement ; le sommeil est troublé par des cauchemars et des rêves terrifiants. Le réveil s'accompagne d'un sentiment de lassitude générale qui ne fait

qu'accroître l'anxiété, et c'est à ce moment de la journée que les tentatives de suicide sont les plus fréquentes. En plus, il existe ordinairement une céphalalgie persistante analogue à celle dont se plaignent les neurasthéniques, et si l'on ajoute à ces sensations douloureuses les troubles cœnesthésiques divers existant chez les mélancoliques et l'intensité de la tristesse qui accable ces malheureux, on peut se faire une idée approximative des souffrances physiques et morales qu'ils endurent.

La force musculaire est toujours diminuée dans les états dépressifs et la dynamométrie donne des chiffres inférieurs à ceux qui sont atteints chez les hommes normaux. Dumas, examinant sur ce point une circulaire aux deux périodes de l'affection, trouve que, pendant la dépression, l'effort développé par la malade est inférieur de 8 kg. à ce qu'il était pendant l'excitation. Cet affaiblissement de la motricité apparaît d'ailleurs nettement au simple examen de l'habitus extérieur du sujet, qui indique un relâchement musculaire général. Les joues sont pendantes, les membres obéissent passivement à l'action de la pesanteur, la démarche est hésitante, la parole sourde et monotone, et le moindre effort devient pénible. Cette diminution générale des forces est due en partie à l'amaigrissement et à l'atrophie musculaire partielle résultant du mauvais état de la nutrition, mais elle paraît plutôt être la conséquence de l'aboulie et de l'arrêt intellectuel qui frappent le malade (Dumas, Toulouse, Masselon). L'image mentale n'est pas suffisante pour provoquer la réaction motrice, et celui-ci, renfermé dans un cercle d'idées restreint, n'em-

ploie pas toute son énergie, ne concentre pas toute son attention sur l'acte à accomplir. Le dynamomètre donne d'ailleurs des résultats analogues dans l'excitation maniaque, où l'activité cérébrale est exagérée, et où la succession rapide des idées ne permet pas aux malades de déployer l'effort de volonté nécessaire. Il serait difficile d'expliquer d'autre manière comment, dans la folie à double forme, la force musculaire croît subitement dès que le malade entre dans sa période d'excitation.

Enfin, il est de règle d'observer des troubles de la sensibilité dans toutes les formes de mélancolie (dépression, anxiété, stupeur), et habituellement ces troubles apparaissent, s'accroissent et s'éteignent en même temps que les autres symptômes de l'affection.

C'est à des perturbations de la sensibilité générale qu'il faut rattacher la lassitude, la courbature continuelle dont se plaignent les sujets, ainsi que la production de l'état cœnesthésique pénible qui, souvent, constitue le point de départ des idées délirantes. D'autres sensations internes normales sont au contraire considérablement émoussées. L'impression désagréable qui nous avertit normalement du besoin d'alimentation ne se fait plus sentir chez les mélancoliques, et cette disparition de la faim et de la soif, aidée par le délire et les troubles digestifs, aboutit au refus complet des aliments. Les muqueuses rectale et vésicale ne sont plus assez sensibles pour provoquer en temps utile, les reflexes évacuateurs, et la vessie se dilate, la constipation augmente à tel point que l'on est quelquefois obligé de pratiquer le curettage du bol fécal. Les sensa-

tions génitales s'affaiblissent également, et les désirs vénériens disparaissent, excepté dans certains cas où les malades, au cours de paroxysmes anxieux, se livrent à un onanisme effréné.

De plus, on assiste souvent à de véritables dissociations des diverses sensibilités de la peau. Dheur (1), dans sa thèse inaugurale, constate qu'il existe, chez les mélancoliques, une perturbation de la sensibilité qui est constante; c'est la perte ou la diminution considérable, sur une plus ou moins grande étendue du corps, de la sensibilité à la douleur avec conservation de la sensibilité tactile, et souvent aussi des autres sensibilités. Habituellement, d'après cet auteur, la lésion est symétrique, la surface cutanée tout entière est frappée d'analgésie, excepté une petite zone qui est souvent la lèvre supérieure, et quand il n'y a que de l'hypoalgésie, elle s'accompagne généralement d'un retard considérable dans la perception douloureuse. « Dans certains cas », écrit Cullerre, « l'insensibilité est si complète que les excitations les plus vives restent sans effet. On peut pincer, piquer, brûler la peau sans que le moindre mouvement vienne vous avertir que le patient a souffert ou seulement senti ». Un trouble sensitif aussi profond nous explique pourquoi les malades supportent avec stoïcisme les opérations les plus douloureuses et comment, hantés par des idées de suicide, ils arrivent quelquefois à les mettre à exécution sans pousser une plainte et en employant les moyens les plus inattendus et

(1) DHEUR. — De l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques, thèse Paris, 1896.

les plus barbares. La littérature médicale est riche de tels exemples, et à l'asile de Maréville, un mélancolique eut l'effroyable énergie de s'enfoncer un clou dans le crâne à coups de marteau. Un autre, entaille profondément sa peau avec une croûte de pain durcie et, par la brèche ainsi pratiquée, fait pénétrer dans sa cavité thoracique une tige de bois effilée qui perfore le cœur. L'anesthésie, chez ces sujets, devait être complète. Dans d'autres cas plus rares, il existe une hyperesthésie à forme névralgique dont les auteurs allemands ont fait la base d'une forme de la mélancolie hypocondriaque, la *dysthymia neuralgica*.

Pour Dheur, les autres formes de la sensibilité cutanée sont moins fréquemment altérées. L'acuité tactile baisserait légèrement dans un quart des cas, la sensibilité électrique dans 3/4 des cas environ. Enfin, la sensibilité thermique diminuerait surtout chez les anxieux. La plupart des auteurs estiment qu'au début de la mélancolie, ces différents troubles sont dus, non pas à une lésion organique des extrémités sensitives, mais à l'arrêt des fonctions intellectuelles. Toute sensation, pour être perçue, nécessite un effort d'attention, et celle-ci étant concentrée sur une idée fixe, des excitations faibles ne seraient pas suffisantes pour parvenir aux centres nerveux. Puis, peu à peu, de véritables lésions s'organisent. La vaso-constriction périphérique diminue la nutrition des cellules cutanées ; l'œdème, si fréquent chez les mélancoliques, comprime les terminaisons nerveuses ; la vitalité de la peau se trouve compromise, et celle-ci devient le siège de nom-

breuses altérations. « L'enveloppe cutanée, écrit Cullerre, brunit et prend une teinte hâlée et terreuse, et les téguments, en général, se décolorent et finissent par prendre une couleur jaune verdâtre d'un aspect cachectique ». Fève constate l'existence fréquente dans la lypémanie stupide, d'une hypertrophie des éléments cornés de la peau. Les ongles s'épaississent et deviennent friables, se détachent en lamelles et prennent une coloration bleuâtre. Chez les femmes jeunes et grasses, la rétraction des bulbes pileux, produisant le phénomène qu'on appelle vulgairement chair de poule, devient permanente, et donne aux téguments un aspect tout particulier. Chez de nombreux stupides, l'exposition prolongée aux rayons solaires aboutit à la formation de lésions chroniques de la peau qui devient sèche, fendillée, squameuse, et prend une teinte bistre foncé. Le revêtement cutané des mélancoliques offre d'ailleurs une moins grande résistance aux infections et aux irritations extérieures, et le vitiligo, le zona, l'eczéma, l'erysipèle, l'erythème polymorphe se rencontrent fréquemment (Dide). Fève fait jouer un grand rôle aux troubles de la sensibilité, dans la genèse de ces lésions qui, pour lui, ne sont « qu'une manifestation extérieure d'un état pathologique dont le point de départ réside dans l'appareil d'innervation, qu'une expression symptomatique résultant de l'action plus ou moins prolongée de la folie ; et l'existence antérieure de dérangements du système nerveux semble être la condition sine qua non nécessaire à la production de ces nombreuses altérations cutanées ».

D'une manière générale, toutes les fonctions sensorielles sont également affaiblies dans la mélancolie, et si tous les organes des sens ne sont pas atteints en même temps chez un sujet déterminé, il est bien rare que l'un d'entre eux ne voie pas son activité diminuée par le processus de ralentissement qui frappe tous les actes de l'économie. L'acuité visuelle est généralement moindre qu'à l'état normal, ainsi que la vision des couleurs. Séglas constate la présence de scotomes scintillants et Duras signale un rétrécissement du champ visuel d'une dizaine de degrés dans la période de dépression de la folie à double forme. On rencontre souvent de la mydriase, de l'inégalité pupillaire, de la paresse des réflexes oculaires, et Athanassio insiste sur un trouble pupillaire si fréquent qu'il a pour lui la valeur d'un symptôme, dans la mélancolie : c'est l'abolition du réflexe accommodateur et la persistance du réflexe lumineux (signe d'Argyll-Robertson renversé). Considérant que « l'accommodation à distance est un acte psychologique et volontaire », l'auteur explique ce phénomène par l'aboulie du malade et l'impossibilité dans laquelle il se trouve de fixer son attention. Le fond de l'œil des mélancoliques n'est d'ailleurs pas normal, et, examiné à l'ophtalmoscope, il se montre généralement pâle et d'une coloration jaunâtre qui semble due à de l'anémie cérébrale ou plutôt à un œdème rétinien. Les veines papillaires sont en effet dilatées, et les artères paraissent légèrement rétrécies.

La sensibilité gustative est également diminuée ou pervertie. Enfin, Dheur a constaté dans la moitié des cas qu'il

a observés, et souvent chez le même sujet, une diminution de la sensibilité tactile de la muqueuse nasale et un affaiblissement de l'odorat qui peut même aller quelquefois jusqu'à l'abolition de ce sens.

On voit que la mélancolie est une affection qui frappe d'arrêt non seulement les facultés intellectuelles, mais encore tous les processus vitaux quels qu'ils soient. La respiration et la circulation se font mal, les combustions organiques sont ralenties, la nutrition est très défectueuse, et il n'est pas étonnant que, chez ces malades, la moindre indisposition prenne immédiatement un caractère de gravité exceptionnel. Les troubles vaso-moteurs et circulatoires, si fréquents chez eux, peuvent en particulier aboutir à des désordres extrêmement graves qui entraînent quelquefois, à brève échéance, un dénouement fatal. Ce sont ces désordres vaso-moteurs et trophiques que nous nous proposons d'étudier dans le chapitre suivant.

## CHAPITRE III

### Troubles vaso-moteurs et trophiques dans la mélancolie.

---

Un assez grand nombre d'affections du système nerveux central ou périphérique, ainsi que la plupart des maladies mentales et particulièrement les psychoses dites organiques, s'accompagnent souvent de l'apparition de différents troubles vaso-moteurs ou trophiques qui s'expliquent facilement par l'existence de lésions nerveuses constatables à l'autopsie ou par un examen microscopique approfondi. Tels sont le mal perforant plantaire, les arthropathies et toutes les manifestations morbides qui apparaissent si souvent au cours du tabès. Tels sont également les phénomènes de stase sanguine qui s'observent chez les déments précoces catatoniques, les idiots et les imbéciles. Enfin, ces différents troubles sont si fréquents dans l'évolution de la paralysie générale, que leur existence constitue presque la règle et leur absence, l'exception. En effet, la peau, chez ces malades, est habituellement onctueuse et

glissante par exagération de la sécrétion sébacée, et il n'est pas rare qu'elle devienne le siège d'herpès, de zona, de dermatoses diverses et de vives démangeaisons qui poussent les sujets à s'excorier. Des abcès, des phlegmons diffus se collectent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou bien une région quelconque du corps est frappée de gangrène, et, malgré l'absence de tout symptôme de néphrite ou de cardiopathie, il se produit des œdèmes assez durs qui ne paraissent s'amender sous l'influence d'aucun traitement, et dont la résorption est lente et difficile. Puis, à la dernière période de l'affection, surviennent les eschares que nous avons journellement l'occasion d'observer dans nos services, et qui, constituant une porte d'entrée à toutes les infections, abrègent souvent la triste existence de ces malheureux malades. De nombreux travaux ont été publiés au sujet de ces lésions qui, à l'heure actuelle, sont parfaitement connues des aliénistes.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne les vésanies dont on n'a pu jusqu'alors découvrir le substratum anatomique, et dont l'anatomie pathologique est encore à l'état rudimentaire. Macpherson (1), Baillarger (2) ont cité deux cas de troubles trophiques accompagnant la manie. Fouquet, dans sa thèse inaugurale, rapporte une observation de Bouchereau qui nous paraît très intéressante, parce qu'elle montre bien l'influence primordiale exercée par la psychose sur l'apparition des accidents. Il s'agit d'un malade qui, dans une période de treize ans, présenta

(1) MACPHERSON. — Journ. of Ment. Sc., avril 1889.

(2) BAILLAGER. — Gazette des Hôpitaux, 1884.

quatre accès d'excitation maniaque. Or, chacun de ces accès s'accompagnait invariablement d'asphyxie et de gangrène symétrique des extrémités dont la disparition coïncidait d'une manière régulière avec la guérison des troubles mentaux. Ritti cite quelques sujets ayant présenté de l'asphyxie locale dans la période de dépression de la folie à double forme. Au cours de la mélancolie nous ne connaissons qu'un cas de gangrène rapporté par Targowla, et deux observations relatées par Garrigues. Encore ne s'agit-il dans ces dernières, que de malades à caractère « mélancolique et taciturne », n'ayant jamais manifesté d'idée délirante et dont l'internement n'a jamais paru nécessaire. A ce sujet la littérature médicale est donc assez pauvre, et, en tous cas, les quelques auteurs qui se sont occupés de la question n'ont jamais tenté d'expliquer la genèse d'accidents dont la pathogénie nous est encore complètement inconnue.

Quels sont donc les différents troubles vaso-moteurs et trophiques qu'on peut observer au cours de la mélancolie ? Tout d'abord, et par ordre de gravité, la cyanose des extrémités, qui est d'observation courante. Ensuite les œdèmes et les ecchymoses. Puis la syncope et l'asphyxie locales, et enfin la gangrène symétrique des extrémités.

Raynaud étudia spécialement ces trois derniers phénomènes qu'il a magistralement décrits dans sa thèse inaugurale et qu'il considère comme des étapes successives parcourues dans son évolution par une même entité morbide, comme des stases différents de la même affection. Un trouble vasculaire constituerait la cause de la maladie

qui pourrait s'arrêter à l'un quelconque de ses états ou poursuivre son cycle tout entier. Or, dans la mélancolie, comme dans la maladie de Raynaud, la syncope, l'asphyxie et la gangrène présentent des signes semblables ; mais si, dans les deux cas, la symptomatologie est identique, l'étiologie nous paraît toute différente.

A la base de la maladie de Raynaud on trouve, en effet, un grand nombre de facteurs étiologiques variés qui, pour l'auteur, aboutissent tous au même résultat, le spasme des vaisseaux. Ce sont, comme causes extérieures, le froid et le traumatisme, et comme causes internes les cardio-et angiopathies, les affections du système nerveux central ou périphérique, les névroses, la chorée, les troubles de la menstruation, les néphrites, la chlorose, les maladies toxiques et dyscrasiques et tous les processus infectieux.

Dans la lypémanie, au contraire, les troubles trophiques paraissent résulter directement de la psychose. Et comme corollaire de cette étiologie différente, nous ne croyons pas devoir considérer les processus gangréneux survenant dans la mélancolie, comme étant la conséquence d'une lésion anatomique identique à celle qui donne naissance à la gangrène symétrique qui se montre en dehors de cette vésanie. Nous allons donc retracer rapidement les symptômes des phénomènes vaso-moteurs et trophiques si bien décrits par Raynaud, et, après avoir énuméré les diverses théories émises pour en expliquer l'apparition en dehors de la mélancolie, nous verrons qu'elles ne peuvent s'appliquer à ceux qui accompagnent l'affection mentale, et qui, pour nous, ont toute autre origine.

*Cyanose des extrémités.* — Ce trouble vaso-moteur, analogue à celui que Crocq a décrit sous le nom d'acrocyanose chez des sujets à mentalité normale, se rencontre presque constamment dans les états mélancoliques. Il est caractérisé par une coloration bleuâtre ou violacée qui envahit les téguments et qui, une fois apparue, demeure permanente. Elle diminue insensiblement au niveau du poignet et du cou-de-pied pour s'accroître, au contraire, au fur et à mesure qu'on se rapproche des extrémités digitales. La face palmaire des mains et la plante des pieds présentent une teinte moins foncée, se rapprochant de la normale. En même temps, la température locale est très abaissée, et la sécrétion sudorale nettement diminuée. Une pression exercée par le doigt à la surface de la peau fait apparaître une tache blanche qui ne se dissipe que lentement. Ceci se produit également dans l'asphyxie locale, mais alors que cette dernière affection procède par poussées successives dans l'intervalle desquelles la couleur de la peau est à peu près normale, la cyanose, au contraire, est permanente et c'est ce fait qui constitue le caractère différentiel des deux maladies. Nous étudierons, dans la suite de ce chapitre, les troubles vaso-moteurs d'où semblent résulter ces états cyanotiques.

*Œdèmes.* — Il est naturel qu'une stase veineuse aussi marquée aboutisse à la formation de véritables œdèmes sur lesquels la pression des doigts laisse une dépression blanchâtre, en forme de godet. C'est ce qui se produit au début de la mélancolie, mais, petit à petit, la persistance d'une irrigation sanguine défectueuse, ainsi que la com-

pression continuelle des terminaisons nerveuses, amènent des modifications dans la texture de la peau. Le tissu cellulo-graisseux prend un développement anormal, indiquant l'insuffisance de nutrition des parties et il s'établit un faux œdème, de consistance molle, qui devient définitif.

Soukhanoff et Petroff, étudiant certains troubles particuliers qui s'observent dans l'état de stupeur, rapportent l'observation d'un malade chez lequel on rencontre, évoluant en même temps que l'œdème, des phénomènes d'asphyxie locale et des troubles trophiques. Le sujet, âgé de trente-huit ans, présenta deux accès de mélancolie avec stupeur, à la suite de son incarcération à deux reprises différentes, dans une prison cellulaire, pour délits politiques. On rencontre ici, au maximum, le ralentissement de toutes les fonctions organiques qui accompagne si souvent cette forme de psychose dépressive. « Les mouvements respiratoires sont rares et se font d'une manière étonnamment rythmique ; on ne parvenait, surtout ces derniers temps, à ne compter qu'à peu près six mouvements respiratoires par minute... L'inspiration, de même que l'expiration, se font lentement, graduellement, sans aucun bruit. A l'auscultation, on ne peut presque pas constater les bruits respiratoires... Le pouls, par moments, n'est pas perceptible ; on observe encore chez le malade des phénomènes vaso-moteurs. Les extrémités sont froides ; si elles sont baissées, une cyanose très accentuée se montre, ayant l'aspect de l'asphyxie locale. On remarque un certain œdème des pieds, même lorsque le malade se trouve presque tout le temps dans la position horizontale. L'œdème

était assez marqué et s'élevait plus haut quand le malade se levait et se tenait longtemps debout. Outre l'œdème, on remarque sur la plante des pieds une desquamation exagérée de l'épithélium. Sur la face antérieure de la jambe droite, à la limite de ses tiers inférieur et médian, existe un ulcère rond, de la grandeur d'une pièce de deux francs, recouvert d'une croûte foncée. Autour de cet ulcère, on voit une zone inflammatoire rouge, de la largeur de sept ou huit centimètres. » Il s'agit probablement là d'une eschare gangréneuse, mais malheureusement les auteurs ne se sont pas attachés à poser un diagnostic précis de la lésion qu'ils avaient sous les yeux.

*Ecchymoses.*— De véritables suffusions sanguines sous-cutanées apparaissent quelquefois au cours de la lypémanie, et leur évolution est identique à celle des meurtrissures qui font suite aux contusions des téguments. Violettes au début, elles prennent ensuite une coloration bleu-noirâtre pour aboutir, par une série de teintes dégradées, au vert, puis au jaune, et disparaître enfin complètement. Dawson cite, à ce sujet, une observation intéressante parce que chez le malade dont il est question, l'apparition des ecchymoses paraît être en relation très étroite avec l'intensité des phénomènes anxieux. Il s'agit d'une femme de cinquante ans, internée pour mélancolie avec troubles hallucinatoires divers qui, à plusieurs reprises, présentait des paroxysmes d'anxiété avec vive agitation. Les derniers de ces raptus furent invariablement accompagnés ou suivis d'une éruption de plaques ecchymotiques qui n'apparurent jamais en dehors de ces crises. Le nombre.

les dimensions et le siège de ces plaques étaient très variables. Tantôt symétriques, tantôt irrégulièrement disséminées, elles se montraient de préférence aux extrémités. Deux fois seulement elles ont envahi les muqueuses, mais elles ne furent jamais observées au visage. La température fut toujours normale et l'analyse des urines ne révéla aucun trouble de fonctionnement du rein, ce qui permet d'éliminer l'hypothèse d'un processus infectieux quelconque, hypothèse que rend également inadmissible la coïncidence invariable des troubles avec les crises d'excitation. De telles extravasations sanguines paraissent avoir un pronostic très bénin, mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et chez la malade qui fait le sujet de notre observation II, l'apparition des ecchymoses s'accompagna de phénomènes généraux extrêmement graves, qui eussent probablement abouti à une gangrène suraiguë si la mort rapide du sujet n'était venue interrompre l'évolution de la maladie.

*Syncope locale.* — Cet état que Raynaud considère comme le premier stade du syndrome auquel on a donné son nom, se produit habituellement sous l'influence d'une impression de froid, mais il n'est nullement nécessaire que celui-ci soit excessif et la moindre baisse de la température extérieure suffit le plus souvent à provoquer les accidents. Quelquefois même la syncope locale apparaît à la suite d'une émotion ou même sans cause bien appréciable. L'affection procède par accès successifs dans l'intervalle desquels la peau conserve sa coloration normale ou présente une légère teinte bleuâtre. La marche des phé-

nomènes est la suivante : brusquement un ou plusieurs doigts se glacent, en même temps qu'ils prennent une pâleur de cire, et le malade, sans ressentir aucune douleur, constate que sa sensibilité tactile est émoussée, que ses mouvements deviennent maladroits, et il a l'impression que les régions atteintes ne font plus partie intégrante de son corps. A ce moment, l'examen des doigts frappés de syncope nous révèle une perte presque complète de la sensibilité à la douleur, tandis que la sensibilité thermique n'est que légèrement affaiblie. La peau, blanche ou jaunâtre, se recouvre parfois d'une sueur froide, et la température locale est considérablement abaissée. Cet état syncopal des extrémités persiste pendant quelques minutes ou quelques heures, puis les téguments reprennent leur coloration normale. Le retour de la circulation s'accompagne habituellement d'une sensation désagréable ou même douloureuse, de fourmillements et de piquûres d'aiguilles. Pour peu que la lésion occupe une certaine étendue, le pouls radial, pendant la durée de l'accès, est petit, filiforme. Les extrémités digitales sont plus souvent atteintes que les orteils, et c'est presque toujours le même doigt qui est frappé le premier. Après quoi la syncope envahit successivement tout ou partie du membre supérieur. Raynaud fait remarquer que ce phénomène ne doit être séparé de l'asphyxie locale que pour la commodité de la description, parce que, fréquemment, ces deux états alternent chez le même malade et que, d'autre part, ils peuvent exister simultanément sur une extrémité déterminée.

*Asphyxie locale.* — Quelquefois elle est primitive et n'a jamais été précédée de troubles syncopaux, mais le plus souvent elle succède à ceux-ci, et la coloration blanche de la peau fait place à une teinte cyanotique plus ou moins accentuée. La sensation de froid persiste, mais il survient une douleur lancinante, analogue à celle qui accompagne les brûlures ou les névralgies. En même temps, il existe des troubles de la motricité, et les mouvements dont l'exécution exige un peu de précision et de délicatesse ne peuvent plus être accomplis. Quant à la teinte cyanique qui envahit les extrémités, elle est très variable d'aspect. « Tantôt elle est d'un blanc bleuâtre ; il semble que la peau ait acquis une plus grande transparence, et laisse apercevoir les tissus sous-jacents ; tantôt c'est une coloration violette, ardoisée, pouvant devenir noirâtre, bien comparable à celle que produit sur la peau une légère tache d'encre » (1). Il existe parfois un léger œdème, et les veines, gorgées de sang, apparaissent le plus souvent à la limite de la lésion sous la forme de traînées bleuâtres. L'examen des régions frappées fait remarquer un abaissement considérable de la température locale s'accompagnant des altérations de la sensibilité que nous avons signalées plus haut au cours de la syncope. De plus, la pression exercée par le doigt en un point quelconque des téguments frappés d'asphyxie, exagère l'intensité des douleurs spontanées, et fait apparaître, à l'endroit comprimé, une tache blanche qui ne disparaît que très lentement.

(1) M. RAYNAUD. — De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités, thèse Paris, 1862.

Ce phénomène montre bien le trouble survenu dans la circulation capillaire. Le pouls se modifie d'ailleurs sensiblement au cours des périodes asphyxiques. Normal avant le début de l'accès, il devient moins fréquent au fur et à mesure que la cyanose fait des progrès, et subit une diminution d'amplitude telle que le tracé sphymographique nous montre une ligne presque droite, à peine ondulée. Puis, brusquement il se relève et devient large, tendu, au moment de la réaction, pour reprendre enfin son état normal dans l'intervalle des crises. Ces crises ont une durée très variable, et la période de réaction qui en marque la terminaison s'annonce par des fourmillements insupportables. « Alors des taches moins livides apparaissent sur les parties cyanosées ; elles s'étendent, se rejoignent ; en même temps une coloration vermeille se montre à la limite ; peu à peu elle gagne du terrain, chassant devant elle la couleur bronzée qui persiste le plus longtemps dans les points où elle a pris naissance, c'est-à-dire dans les parties les plus éloignées du centre. Finalement, une tache d'un rouge foncé subsiste aux extrémités des doigts. Cette tache fait elle-même place à l'incarnat normal, et alors la peau se trouve entièrement revenue à son état primitif (1). »

Tels sont, brièvement décrits, les symptômes de l'asphyxie des extrémités qui, dans l'esprit de Raynaud, ne constitue, comme la syncope locale, qu'une époque dans l'évolution d'une même maladie. Il convient néanmoins de remarquer que de nombreux cas diffèrent de la description

(1) RAYNAUD. — Op. cit.

qui précède, soit par l'intensité moindre de la douleur ou l'intégrité de la sensibilité au cours des crises, soit par une localisation différente des accidents qui peuvent atteindre le nez, les oreilles, les pommettes, etc., aussi bien que les extrémités. De plus, syncope et asphyxie ne se succèdent pas toujours d'une façon rigoureuse. Ces deux états se montrent souvent isolément et de même que tel malade peut n'avoir jamais présenté que des accès de cyanose, de même l'asphyxie locale n'est pas fatalement suivie des phénomènes gangréneux que nous allons étudier.

*Gangrène symétrique des extrémités.* — Au cours de la mélancolie, la mortification des tissus succède quelquefois, comme dans la maladie de Raynaud, à la syncope ou à l'asphyxie locales, mais elle peut aussi survenir sans avoir été précédée d'aucun autre trouble circulatoire apparent que la simple cyanose des extrémités que nous avons décrite au début de ce chapitre et qui existe d'une façon permanente chez beaucoup de lypémaniques. La région où doit évoluer le processus morbide, après avoir passé par une série de colorations variables et difficiles à dépeindre, prend une teinte cyanotique de plus en plus accusée. En même temps, à la limite de la lésion et remontant vers la racine du membre atteint, se dessinent des traînées livides qui partent des veines et divergent dans toutes les directions. Enfin, quand la gangrène est constituée, on constate l'existence d'une eschare complètement noire, de consistance dure, au niveau de laquelle toute chaleur et toute sensibilité ont disparu. Cette eschare est séparée des tissus sains par une zone inflammatoire dont

la couleur est d'autant plus rouge qu'on se rapproche de la région sphacélée. Nous n'insisterons pas sur l'abaissement de la température, la perte plus ou moins complète de la sensibilité et de la motricité, et les altérations du pouls qui se montrent à cette période de l'affection. Celui-ci subit en effet des altérations très variables dans sa fréquence, son rythme ou son amplitude. Puis, à cette période d'état dont la durée est différente suivant les cas observés, succède la période d'élimination. Un sillon se creuse au niveau du cercle inflammatoire, entre les régions mortifiées et les parties des téguments qui sont restées saines. « Puis une véritable suppuration de bonne nature se fait jour à la limite du mal et sous le bord libre de l'ongle. L'eschare devient mobile, se détache, et en la retirant, on trouve qu'elle a un ou deux millimètres d'épaisseur ; à sa surface se voient les papilles nettement dessinées ; la face profonde en est molle et tomenteuse (1). » Cette période d'élimination qui, d'après Raynaud, dure de vingt jours à dix mois, se termine par la cicatrisation des parties. Il se forme des bourgeons charnus qui opèrent lentement le travail de réparation, et finalement l'affection ne laisse comme trace de son passage qu'une déformation des extrémités plus ou moins marquée suivant l'intensité du processus destructeur, et de petites cicatrices blanches, déprimées, indélébiles.

Il semblerait, au premier abord, que la gangrène des extrémités dont la gravité paraît extrême à un observateur non averti, doive s'accompagner de phénomènes génés-

(1) RAYNAUD. — Op. cit.

raux très accusés. Or, chose extraordinaire, ceux-ci sont à peu près nuls et les différentes fonctions de l'organisme restent, à peu de chose près, ce qu'elles étaient au début de la maladie.

Nous avons omis à dessein de parler d'un symptôme sur lequel Raynaud insiste particulièrement et qui a pour lui une importance capitale. Dans tous les cas de gangrène de Raynaud, en effet, la période d'état est marquée par des douleurs très vives, s'irradiant dans tout le membre atteint, et qui, quoique constantes, subissent des paroxysmes qui arrachent des cris aux malheureux malades. Dans la mélancolie, au contraire, l'évolution des accidents semble suivre une marche torpide et ne s'accompagner d'aucune souffrance. La malade qui fait l'objet de notre observation I, n'a jamais accusé la moindre douleur et elle continuait à se servir, comme auparavant, de ses membres inférieurs frappés de gangrène. Aussi est-ce par hasard que l'on constata chez elle l'existence de troubles trophiques. Une marche aussi différente de l'affection dans les deux cas s'expliquerait-elle par la diminution plus ou moins complète de la sensibilité qui s'observe habituellement chez les sujets où domine le symptôme dépression mental ? Il nous semble difficile d'admettre qu'il existe dans la mélancolie une anesthésie telle, qu'aux souffrances horribles accompagnant la gangrène de Raynaud, ne corresponde pas au moins une sensation pénible quelconque. D'ailleurs la malade dont nous venons de parler accuse nettement une douleur d'intensité minime telle que celle produite par l'introduction de la sonde œsopha-

gienne. En vérité, et nous reviendrons plus loin sur cette hypothèse, le processus gangréneux a peut-être dans les deux cas une origine intime différente, bien que la symptomatologie, à part l'élément douleur, soit identique.

Tel est le cas-type de gangrène symétrique des extrémités. Il est évident que cette description n'est en quelque sorte que schématique et que bien souvent les accidents suivent une autre marche. Dans certains cas, la maladie évolue lentement, se montre coupée par des intermissions assez longues, et se borne à la production de phlyctènes qui soulèvent une partie du derme et se remplissent d'un liquide séro-purulent. Puis ces phlyctènes se rompent et laissent à leur place une petite ulcération. Enfin, celle-ci se comble assez rapidement et on ne retrouve bientôt comme trace de son existence qu'une petite cicatrice blanchâtre, rétractée. Tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce que la même série de phénomènes se reproduise, soit sur le même doigt, soit sur les doigts voisins, et quand de nombreuses atteintes se sont ainsi succédé, les doigts ou les orteils, suivant les cas, subissent une déformation caractéristique. **Leurs extrémités sont effilées, dures, blanchâtres et prennent une forme conique comme si, dit Raynaud, « on les eût violemment étreintes dans un lien ».** Cet aspect particulier, ce parcheminement de la peau peut d'ailleurs survenir isolément, sans être précédé de la formation de phlyctènes et il se produit alors par un processus de sclérose analogue à celui qui donne naissance à la sclérodermie.

Quelquefois, au contraire, les accidents revêtent un

caractère de gravité plus grande, et peuvent aboutir à la mortification complète de tout ou une partie d'une phalange. Les ongles tombent, ou bien, n'étant plus soutenus par les parties sous-jacentes, ils prennent une forme et une direction anormales. Leur croissance s'arrête d'ailleurs pendant l'évolution des troubles gangréneux et quand ils reprennent de la vitalité, on voit, marqué à leur surface, un sillon qui est l'indice de l'insuffisance de leur nutrition durant la maladie.

En dehors de cette intensité variable des phénomènes destructeurs, il convient de remarquer que l'affection ne se localise pas toujours aux extrémités proprement dites. On a vu la gangrène frapper le bout du nez, le bord des oreilles, les avant-bras et même le sacrum. De plus, la symétrie n'est pas constante, et un membre peut être atteint isolément.

Quant au pronostic de la maladie décrite par Raynaud, il est, pour l'auteur, généralement bénin, et à part l'impotence fonctionnelle produite par la perte définitive d'une ou de plusieurs phalanges des extrémités, l'affection paraît avoir une durée indéfinie. Il semble même paradoxal que des troubles de nutrition aussi accusés, s'accompagnant d'une douleur aussi vive, ne retentissent que d'une façon minime sur le fonctionnement régulier de l'organisme.

Nous allons rapporter ici deux observations qui nous sont personnelles, et dont la première se rapproche du cas type de gangrène symétrique que nous avons précédemment décrit. La seconde, au contraire, a trait à une malade

qui succomba rapidement à l'intensité du processus gangréneux. Une telle gravité ne se rencontre jamais dans la maladie de Raynaud, et il semble qu'ici les troubles physiques particuliers à la mélancolie ont pris une influence prépondérante.

#### OBSERVATION I

M<sup>lle</sup> R..., âgée de quarante-neuf ans, sans profession, est entrée à l'asile de Maréville le 5 février 1908.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à soixante-dix ans, d'hémorragie cérébrale. Mère morte à quatre-vingt-quatre ans, de sénilité. D'après les renseignements fournis par la malade, un de ses oncles maternels « était troublé » et les personnes qui l'avaient connu disaient qu'il était atteint de « folie de la superstition ». Néanmoins, il n'a jamais été interné. Trois autres oncles maternels vécurent une existence un peu spéciale et se montrèrent toujours maniaques, capricieux, misanthropes.

*Antécédents collatéraux.* — La malade n'a qu'un frère qui vit encore et qui a occupé une assez haute situation dans l'armée.

*Antécédents personnels.* — M<sup>lle</sup> R... n'a jamais été malade. Très pieuse, elle vivait à la campagne, en compagnie de sa mère âgée, qu'elle affectionnait profondément. La mort de celle-ci, survenue dans le courant de juin 1907, l'affecta, et à partir de cette époque, elle souffrit de l'isolement dans lequel elle se trouvait. Son caractère s'assombrit de jour en jour, mais néanmoins, les idées délirantes ne firent leur apparition que le 26 janvier. A cette date, sans que rien dans son attitude antérieure ait pu faire prévoir un semblable trouble mental, elle quitte son domicile, sans but déterminé, fuyant les gen-

darmes qu'elle croit lancés à sa poursuite. Elle erre ainsi pendant 27 heures, et dans le cours de cette fugue, jette à la rivière 250 francs en or et fait disparaître un certain nombre de titres qu'il fut impossible de retrouver. Quand elle rentra spontanément à son domicile, elle avoua qu'elle avait tenté de se suicider par submersion, mais que le courage nécessaire lui ayant manqué au dernier moment, elle était sortie de l'eau sans aucune aide. Quelques jours après, elle essayait à nouveau de mettre fin à ses jours en absorbant une certaine quantité d'eau dans laquelle elle avait fait macérer des allumettes chimiques. A la suite de ces deux tentatives de suicide, l'entourage de la malade s' alarma, et sollicita son admission dans un asile d'aliénés.

*Examen à l'entrée, le 5 février 1908.* — La malade est une femme de constitution moyenne, légèrement affaiblie. Les reflexes sont normaux, et l'examen des différents appareils ne nous révèle rien de particulier. On constate seulement un état saburréal assez marqué des voies digestives. La malade souffre, paraît-il, de constipation habituelle, et la menstruation qui avait cessé au mois de juin, a reparu il y a trois mois pour la dernière fois.

Au point de vue mental, il existe de la dépression avec arrêt notable des facultés intellectuelles. La mémoire paraît obnubilée d'une façon toute particulière, et M<sup>lle</sup> R... a oublié les détails récents de son existence ainsi que l'année de sa naissance. La malade est obsédée par des idées délirantes de culpabilité, d'expiation, de damnation. Elle se sent en proie au découragement, avoue avoir maintes fois désiré la mort, et nous raconte qu'au moment du décès de sa mère, elle a été prise « d'idées noires ». Depuis cette date, elle croit avoir volé et redoute une arrestation imminente. « J'ai peur, dit-elle, d'aller en enfer parce que je n'ai pas assez aimé le bon Dieu. Je suis indigne de vivre ». Des scrupules l'assaillent sur sa conduite antérieure et c'est dans le but d'expier sa faute qu'elle a fait

disparaître une partie de son avoir et tenté de se donner la mort.

8 février. — L'état mental reste stationnaire. La malade s'alimente facilement, et le sommeil est suffisant.

14 février. — Les symptômes aigus sont légèrement atténués, mais les mêmes préoccupations délirantes persistent, avec, de temps en temps, des poussées d'anxiété se traduisant par de l'agitation et des gémissements continuels. « Si le bon Dieu me croit coupable, dit-elle, il faut que j'expie pour obtenir son pardon ». Depuis quelques jours l'alimentation est assez difficile.

5 mars. — La malade, dont l'instruction a été soignée, écrit une lettre dans laquelle elle exprime parfaitement les diverses idées délirantes auxquelles elle est en proie. Nous ne pouvons résister au désir de reproduire *in-extenso* ce document qui dépeint bien l'état mental du sujet.

« Monsieur,

« Je viens vous prier de bien vouloir me dire ce que je dois faire pour rendre la liberté à toutes les personnes qui m'entourent parce qu'elles ne sont nullement malades. Depuis plusieurs jours, j'ai l'intention de parler, mais je suis arrêtée parce que je sais parfaitement que personne ne voudra me croire, puisque tout le monde simule la folie, et moi je n'ai pas assez d'énergie pour protester. C'est ce qui me manque.

« Je suis on ne peut plus étonnée de la conduite de mon frère à mon égard, ainsi que de ma belle-sœur qui savait parfaitement que c'étaient des troubles de conscience qui me faisaient souffrir. Je n'ai pas agi comme j'aurais dû le faire vis-à-vis du bon Dieu, du prochain, et de moi-même. J'aurais dû être aussi meilleure envers toute ma famille. Je regrette sincèrement toutes ces fautes, et je voudrais les réparer. Je crois toujours de plus en plus qu'un mystère plane sur ma naissance. C'est pourquoi, Monsieur, je vous disais que je

croyais être un démon. Mais quelle épouvantable chose si cela était ! Je ne puis y songer et je me demande si mon cher frère connaît le mystère qui m'entoure. Combien j'aurais été heureuse s'il était venu me voir pour lui parler librement, mais maintenant je n'ai plus d'espoir. C'est pourquoi je viens vous prier, Monsieur, de mettre fin à cette comédie qui se joue autour de moi, afin que toutes ces personnes reprennent leur vie habituelle. Quant à moi, je suis on ne peut plus effrayée de l'avenir parce que je crois que ma famille m'abandonne, et le ciel, en qui j'avais mis toute ma confiance. Quel malheur !

« Veuillez, etc. »

*15 mars.* — L'anxiété augmente, et elle existe maintenant d'une façon presque continuelle. L'agitation est extrême. M<sup>lle</sup> R... supplie qu'on la fasse souffrir pour expier ses fautes, et depuis deux jours elle refuse obstinément de se mettre au lit, se couchant sur le sol par pénitence.

*30 mars.* — Etat physique et mental stationnaire. L'analyse des urines ne révèle ni sucre, ni albumine.

Emission des 24 heures, 1010 centimètres cubes.

Densité à 15°, 1023.

Couleur jaune foncé.

Réaction acide.

Sédiments : phosphates ammoniaco-magnésiens.

*3 avril.* — Mêmes préoccupations délirantes très actives. Depuis huit jours la malade refuse toute nourriture et on est obligé de l'alimenter régulièrement à l'aide de la sonde œsophagienne.

*Août.* — Même état mental. La sitiophobie est complète, et malgré l'alimentation forcée, administrée deux fois par jour, M<sup>lle</sup> R... s'amaigrit d'une manière très sensible.

*Décembre.* — Le refus des aliments persiste, l'angoisse est presque continuelle, et l'amaigrissement devient inquiétant. La malade absorbe quotidiennement à la sonde deux litres de lait additionnés de jus de viande, de huit œufs et de dix

grammes de somatose. Elle s'obstine à ne point rester alitée, lacère ses vêtements et demeure immobile durant des journées entières. Cyanose très marquée des extrémités.

*11 janvier 1909.* — La mentalité reste stationnaire, et l'anxiété est toujours extrême. On constate qu'il existe au niveau des membres inférieurs de l'œdème remontant jusqu'à la partie médiane des jambes, ainsi qu'une cyanose intense de la face dorsale des pieds, s'accroissant au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'extrémité des orteils et diminuant graduellement d'intensité quand on s'en éloigne. Les mains et le lobule du nez sont également cyanosés.

*3 février.* — Ce matin on a constaté chez M<sup>lle</sup> R..., une gangrène sèche qui évolue sournoisement depuis quelque temps sans que la malade ait jamais manifesté la moindre souffrance et sans qu'elle ait rien changé à sa vie habituelle. Les extrémités du troisième orteil du pied gauche et du deuxième orteil du pied droit présentent une coloration noir foncé et une dureté ligneuse, sur un espace de un centimètre carré environ. A ce niveau toute sensibilité et toute chaleur ont disparu, mais les lésions paraissent superficielles et une limite apparaît nettement entre les parties nécrosées et les téguments voisins. Les battements de l'artère pédieuse ne peuvent pas être perçus.

*5 février.* — L'analyse des urines donne les résultats suivants :

Emission des 24 heures, 900 centimètres cubes.

Densité à 15°, 1024.

Couleur ambrée.

Réaction acide.

Urée, 27.20.

Acide urique, 0.55.

Chlore des chlorures, 14.

Acide phosphorique total, 2.10.

Acide sulfurique des sulfates, 1.80.

Glucose, néant.

Albumine, néant.

Les urines ne renferment ni pigments biliaires, ni éléments anormaux (1).

Le refus des aliments persistant, l'état de santé est toujours très précaire. Pas de douleur. Pas de fièvre. Le pouls est filiforme.

*10 février.* — Au niveau des deux orteils frappés de gangrène, à la séparation des parties malades et des parties saines, se creuse un sillon d'élimination, qui est constitué par une ulcération linéaire, laissant suinter un écoulement sanieux, fétide, peu abondant. Les régions voisines sont toujours cyanosées et presque insensibles.

*12 mars.* — Anxiété persistante ; sitiophobie complète. La malade continue à s'affaiblir.

*20 mars.* — Les lésions de gangrène évoluent lentement, et le sillon d'élimination s'élargit peu à peu.

*5 avril.* — L'eschare formée au niveau du second orteil droit vient de se détacher, entraînant l'ongle avec elle. Son épaisseur est de deux millimètres environ et sa chute laisse à découvert un tissu rouge, bourgeonnant.

*19 avril.* — Etat mental stationnaire. La malade, poussée par la faim, se décide à manger seule au premier repas du matin, mais tous les soirs, on doit encore la soumettre à l'alimentation forcée. L'état général est un peu plus satisfaisant. Les téguments mortifiés du troisième orteil gauche viennent de s'éliminer, mais l'ongle est resté à sa place.

*15 juin.* — L'anxiété est continuelle. La malade s'accuse « d'être la cause de tous les maux » et elle refuse de s'occuper parce que ses mains « ne sont pas pures ». L'alimentation est plus régulière, mais n'est pas encore spontanée.

(1) Ici, comme dans la plupart des cas de mélancolie, la quantité d'urée et de chlorures éliminés est nettement exagérée et ce résultat indique bien le travail intense de désassimilation existant dans cette psychose.

Les orteils ont pris une forme légèrement effilée, et les lésions des extrémités inférieures sont guéries, mais le tissu cicatriciel qui a pris leur place est dur, fendillé, squameux, et revêt un aspect ichtyosique.

3 août. — Même état d'anxiété habituelle avec lamentation, pleurs, gémissements, et idées délirantes multiples. La malade se déshabille encore et déchire ses vêtements, mais depuis quelques jours, elle s'alimente spontanément d'une façon régulière et l'état physique est plus satisfaisant.

5 novembre. — Persistance de symptômes de mélancolie anxieuse semblant évoluer vers la chronicité. Augmentation de poids considérable. Le pouls est à 100, à peine perceptible. Les extrémités inférieures sont toujours cyanosées, ainsi que les mains et le lobe du nez. Les cicatrices laissées par la gangrène offrent une coloration foncée et un aspect ichtyosique. L'ongle du troisième orteil gauche va tomber.

## OBSERVATION II

Madame G. Marie, âgée de quarante-sept ans, sans profession, entre à l'asile, le 29 avril 1909.

Depuis trois mois elle présentait des signes non équivoques de mélancolie avec dépression mentale et physique, pleurs, gémissements continuels et idées délirantes diverses. Cependant sa famille avait tenté de la traiter à domicile, mais le 28 avril, la malade refusa systématiquement toute alimentation et son mari la surprit, tentant de se clouer les pieds au parquet à l'aide de grandes pointes et d'un marteau. C'est ce qui décida son entourage à la placer dans un établissement spécial.

Les antécédents héréditaires de Madame G... sont assez chargés. Un de ses beaux-frères fut interné pendant deux ans à Maréville, et une de ses tantes fut soignée dans sa famille

pour un accès d'aliénation mentale qui guérit sans nécessiter l'isolement.

La malade a une sœur bien portante et trois enfants âgés respectivement de vingt-deux, vingt et quatorze ans, qui tous trois sont malades depuis le mois de janvier 1909. Les deux aînés sont probablement frappés de tuberculose pulmonaire.

Madame G... qui, auparavant, n'avait jamais été malade, contracta dans le courant de l'hiver une grippe à forme pulmonaire avec otite et mastoïdite consécutives.

L'état physique de la malade, à son entrée dans le service, est très mauvais. L'amaigrissement est extrême, la figure est émaciée et les yeux s'enfoncent profondément dans l'orbite. La langue est recouverte d'un enduit saburral très épais, et l'haleine répand une odeur fétide. La température est de 36° 8, le pouls bat à 92 pulsations. L'examen des divers organes ne nous révèle rien de particulier.

La dépression mentale et physique est extrême, le facies et l'attitude de la malade expriment la tristesse. Madame G... se montre en proie à des idées délirantes de ruine, de culpabilité, d'expiation, de damnation, croit que la maladie dont souffrent ses enfants est due à ce qu'elle ne leur a pas prodigué les soins qui leur étaient nécessaires, prétend qu'elle a commis des fautes assez graves pour que les souffrances éternelles de l'enfer lui soient réservées et se dit indigne de l'affection que lui témoignait sa famille. Elle croit qu'un corps étranger s'est arrêté dans son pharynx, et pour l'expulser, elle fait de violents efforts qui n'aboutissent à aucun résultat. C'est pour cette raison, dit-elle, qu'il lui est impossible d'absorber aucun aliment.

*30 avril.* — Les mêmes troubles mentaux persistent, et plusieurs fois dans la journée d'hier, la malade a été prise de paroxysmes anxieux durant lesquels elle gémit, présente une agitation extrême, et se répand en lamentations incessantes. Le refus de nourriture est complet, malgré les exhortations les

plus pressantes. Nous nous résignons à recourir à l'alimentation forcée à l'aide de la sonde œsophagienne, mais les premières cuillerées de liquide nutritif sont à peine arrivées dans l'estomac que celui-ci se contracte violemment et les rejette à l'extérieur.

2 mai. — La malade ne dort pas. Elle est toujours très anxieuse, et des tentatives répétées d'alimentation par voie œsophagienne aboutissent toujours au vomissement immédiat du liquide introduit.

3 mai. — Malgré les anesthésiques employés, l'intolérance gastrique se manifeste encore, l'état général est très mauvais et le pouls n'est pas perceptible.

5 mai. — L'affaiblissement physique devient très inquiétant et l'alimentation est toujours impossible. L'anxiété est habituelle, et les mêmes préoccupations morbides persistent. En présence de cet état, on adresse à la famille de la malade un bulletin de santé alarmant.

6 mai. — A la contre-visite, nous avons trouvé la malade très déprimée, mais moins anxieuse et plus consciente de sa situation. Sur la face dorsale de la main droite, nous remarquons une plaque rouge, saillante, œdémateuse, de consistance dure et recouvrant un espace circulaire de cinq ou six centimètres de diamètre.

7 mai. — Pendant la nuit, la lésion constatée hier soir sur la main droite a gagné rapidement tout l'avant-bras, et la zone inflammatoire s'arrête assez nettement au niveau de l'articulation du coude. Les téguments sont œdématisés, durs, et présentent une couleur rouge généralisée, sur laquelle tranchent des traînées violacées. Une plaque ecchymotique violette, large comme la paume de la main, se montre sur la partie antéro-externe et supérieure de l'avant-bras droit. Une autre plaque, de coloration presque noire, occupe la moitié de la face dorsale de la main, du côté radial. Enfin, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire droit, il existe une

phlyctène du volume d'une grosse amande, remplie d'un liquide séro-sanguinolent. La température est de 36° 4. Il est impossible de compter le nombre des pulsations radiales, à peine perceptibles. La malade se montre plus calme et accepte un peu de lait. Dans le courant de la matinée, elle reçoit la visite du médecin de sa famille avec lequel elle s'entretient assez longuement, lui demandant des nouvelles de son mari et de ses enfants et lui affirmant qu'elle prévoit sa mort prochaine.

L'affaiblissement physique est extrême, et Madame G... s'éteint à quatre heures du soir sans avoir, depuis midi, prononcée une parole.

Ces accidents, absolument spontanés, sans traumatisme ni infection aiguë locale ou générale, ont évolué, on le voit, avec une grande rapidité, et l'autopsie ayant été refusée systématiquement par la famille, il nous est malheureusement impossible de compléter notre étude par des documents anatomo-pathologiques. Néanmoins, il nous a paru intéressant de rapporter cette observation parce que les phénomènes morbides ont affecté ici une marche particulièrement aiguë, et que nous ne connaissons dans la littérature médicale aucune relation de cas semblable.

De la description des différents phénomènes morbides accompagnant la mélancolie, il ressort une constatation qui s'impose à l'esprit : c'est que, dans ces cas, il existe toujours des troubles circulatoires qui paraissent être la cause proximale des accidents. Ceci est évident, mais il est impossible de se contenter d'une semblable explication qui ne fait que reculer le problème et il reste à rechercher les différents facteurs du concours desquels, en dernière analyse, résulteraient les troubles circulatoires. De nombreux auteurs se sont attachés à cette étude, et ils ont émis

diverses théories capables d'élucider la question si complexe des phénomènes de Raynaud.

Ce dernier, s'appuyant sur ce fait que l'analyse minutieuse de nombreuses observations cliniques ne lui a jamais permis de retrouver dans la gangrène une altération vasculaire ou cardiaque capable de lui donner naissance, ne voit là que l'expression d'un trouble fonctionnel des vaisseaux. Sous l'influence d'une cause interne ou externe quelconque, il se produirait une excitation du centre spinal aboutissant à un spasme réflexe des artérioles et des veinules périphériques. Le froid serait le facteur causal le plus fréquent et il n'est nullement besoin qu'il soit intense, puisque la seule différence qui existe entre la chaleur du lit et la température d'une chambre chauffée suffit à déterminer l'apparition de la syncope ou de l'asphyxie locale. D'un autre côté ces troubles coïncidant fréquemment chez les femmes avec l'accouchement ou le retour des règles, Raynaud croit à la possibilité d'un point de départ utérin du spasme réflexe, et il explique l'évolution des accidents de la façon suivante : Les vaisseaux des extrémités se resserrant d'une façon subite, la circulation se trouve entravée à ce niveau et la syncope locale est constituée. Puis, au bout d'un certain temps, comme compensation à cette vaso-contriction, se produit une vaso-dilatation passive qui marque la période de réaction. Si, à un moment donné, cette période de réaction se fait incomplètement, les artérioles, plus riches en éléments contractiles, se relâcheront après les veinules, le sang veineux refluera dans les capillaires où il se chargera par

stase d'une quantité exagérée d'acide carbonique. Les téguments prennent alors une teinte cyanotique de plus en plus accusée, et ainsi se trouvent réunis tous les symptômes de l'asphyxie locale. La température très basse des régions atteintes, et la diminution d'amplitude du pouls s'expliquent d'elles-mêmes si l'on admet cette hypothèse. En ce qui concerne la symétrie des lésions, Raynaud pense qu'elle est due à des connexions très étroites existant entre les nerfs vaso-moteurs de deux côtés du corps, ainsi que le prouve l'expérience de Tholozan et Brown-Séquard, dans laquelle on voit survenir dans une main une vaso-constriction très active alors que l'autre main est plongée dans de l'eau très froide.

Pour Grasset, l'asphyxie locale serait comparable à la migraine, et elle aurait pour cause une névrose du grand sympathique.

Vulpian émet une opinion assez analogue à celle de Raynaud, mais il ne croit pas que l'intervention du centre spinal soit nécessaire pour provoquer le spasme. Le froid, d'après l'auteur, pourrait agir directement sur la tunique musculaire des vaisseaux, ou bien l'excitation, partant des terminaisons des nerfs centripètes, gagnerait les ganglions qui sont placés sur le trajet de fibres vaso-motrices, près de leur terminaison dans les parois vasculaires. De là partirait l'influx nerveux produisant la vaso-constriction réflexe. Quant à la symétrie des lésions, elle s'expliquerait par une même prédisposition locale dans les parties homologues au corps.

M. le professeur Benrheim, dans une communication

faite en 1878 à la Société de Médecine de Nancy, relate une observation typique de maladie de Raynaud, et les résultats du traitement employé par lui paraissant plaider en faveur d'une origine spasmodique des accidents, il pense que l'opinion de Vulpian est la plus fondée. Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, qui, depuis plus de quinze ans, présentait des troubles syncopaux et asphyxiques des extrémités, avec production de phlyctènes et d'excoriations, qui étaient le siège de souffrances intolérables. Au moment de l'examen, les doigts étaient effilés, un tissu cicatriciel blanchâtre, parcheminé en couvrait les extrémités, et une partie des téguments du pouce droit était en voie de mortification. Cette eschare tomba, puis, à son tour, l'autre pouce fut envahi par le processus destructeur. M. Bernheim eût alors l'idée de recourir à la cautérisation ponctuée, et l'emploi de cette méthode amena une amélioration considérable. La douleur disparut presque immédiatement et les accidents regressèrent. A chaque nouvelle attaque de l'affection, la malade venait à l'hôpital réclamer la cautérisation qui lui procurait régulièrement le même soulagement. Une telle médication qui, habituellement, a une action si puissante sur la circulation des capillaires et des petits vaisseaux, paraît agir ici en résolvant le spasme vasculaire.

En résumé, les divers auteurs que nous venons de citer admettent tous comme cause des phénomènes de Raynaud une vaso-constriction spasmodique des extrémités. Celle-ci apparaît bien nettement comme étant l'origine des troubles

dans deux observations de Lévy (1), ou l'auteur put provoquer l'asphyxie locale à volonté, et dans une région qu'il choisissait, par la seule influence de la suggestion. Chez ces deux malades, il parvint même, en vingt-quatre heures, à faire varier, en plus ou en moins, la température des mains de 10°. De pareils faits ne peuvent être dus qu'à une altération momentanée de l'innervation vaso-motrice, et la même explication peut, à notre avis, s'appliquer à la syncope et à l'asphyxie locales chez les mélancoliques.

Nombreux sont en effet les arguments qui peuvent être apportés en faveur de cette théorie. Tout d'abord, nous avons vu précédemment que le spasme vasculaire, directement constaté par Raynaud dans l'œil de ses malades, s'observe souvent dans la psychose qui nous occupe. Les artères de la rétine sont le plus souvent rétrécies, à peine visibles, tandis que les veines paraissent turgescentes (Athanassio). De plus, une lésion vasculaire ou nerveuse définitive ne pourrait pas expliquer le caractère passager et intermittent des troubles qui, dans ce cas, devraient subsister en même temps que la cause qui les provoque. Enfin, l'influence d'une émotion sur l'apparition de l'asphyxie locale est souvent très marquée, et il suffit que le sujet pense à son mal pour que la cyanose survienne. Il semble donc y avoir une relation évidente de cause à effet entre le spasme des vaisseaux et les troubles syncopaux et asphyxiques dans la mélancolie.

En ce qui concerne la production de l'œdème dans cette

(1) Léop. LÉVY. — Archives de neurologie, Paris, 1895, vol. XXIX.

même maladie, diverses opinions ont été émises par les auteurs. Cololian remarque, d'une part, que la ligature de la veine cave inférieure ne produit de l'œdème qu'au cas de section du sciatique (expérience de Lower), et, d'autre part, que l'œdème accompagne quelquefois les plaies ou contusions des nerfs, et même les simples névralgies. Il s'appuie sur ces raisons pour croire qu'il doit exister dans ces cas une altération des nerfs périphériques, et que l'action nerveuse ou trophique peut produire l'œdème en dehors de tout trouble circulatoire. Plus récemment, Le Calvé, dans une série d'expériences, a démontré : 1° que ni la ligature de tous les vaisseaux d'une région, ni la ligature isolée des nerfs ne provoquent de l'œdème ; 2° que la ligature des veines et des nerfs aboutit à la formation d'un œdème modéré ; 3° que celui-ci devient intense si, à la ligature des nerfs et des veines, on associe des injections toxiques ; 4° qu'enfin ces mêmes injections toxiques, accompagnées de la ligature isolée des nerfs, arrivent à produire de l'œdème. La présence d'un liquide toxique dans la circulation serait donc indispensable pour que cet accident apparaisse, et Dide, au Congrès des Aliénistes de Lille, émettait une opinion semblable. « Deux éléments semblent nécessaires pour la production des œdèmes quels qu'ils soient : une altération nerveuse et une toxémie ». L'auto-intoxication est certaine dans la mélancolie et l'influence du système nerveux pourrait se borner au spasme vasculaire. Le terrain est d'ailleurs excellemment préparé chez les lypémaniaques pour que l'œdème se produise, et le spasme ne ferait que se sura-

jouter à la stase veineuse et à la vaso-constriction périphérique qui accompagnent habituellement la psychose.

Si un tel état d'insuffisance circulatoire persiste longtemps, les parois des capillaires pourront s'altérer et laisser passer, en même temps que le sérum sanguin, les éléments figurés qui, avec lui, constituent le liquide nourricier. De véritables suffusions sanguines seront donc créées, qui apparaîtront à la surface des téguments comme autant d'ecchymoses.

Un seul mécanisme, la constriction spasmodique des vaisseaux, nous permet donc d'expliquer l'apparition de nombreux phénomènes morbides survenant au cours de la mélancolie. En est-il de même pour la gangrène symétrique des extrémités ? Ou, en d'autres termes, la cause en est-elle dans ce même spasme vasculaire qui nous rend suffisamment compte du mode de production de l'œdème et des ecchymoses, et par lequel se comprennent si bien les changements de coloration, l'abaissement de la température locale, les variations du pouls, et tous les symptômes par lesquels la syncope et l'asphyxie se manifestent ?

Nous ne croyons pas qu'il faille attribuer à la vaso-constriction périphérique un rôle aussi prédominant. Tout d'abord au point de vue symptomatologique les observations ne manquent pas, de cas de gangrène survenue d'emblée, sans avoir jamais été précédée de troubles syncopaux ou asphyxiques. Ensuite, le mot spasme évoquant l'idée d'un phénomène essentiellement passager, il est assez difficile d'admettre que le resserrement actif des

vaisseaux, d'une part, ait une durée suffisante pour provoquer la mortification des tissus, d'autre part, aboutisse à une oblitération si complète de leur lumière, qu'aucun échange nutritif ne puisse plus se passer au niveau des régions qu'ils irriguent. Certaines expériences confirment d'ailleurs cette manière de voir, et Weber, ayant excité pendant huit jours le sympathique cervical, produisit une vaso-constriction assez intense pour abaisser la température locale de deux degrés, mais ne put jamais déterminer, dans les parties ainsi anémiées, l'apparition d'un trouble trophique quelconque. Enfin, quand des eschares se montrent à la suite d'hémisections de la moelle, elles existent toujours du côté de la paralysie vaso-motrice.

Il faut donc admettre que si le spasme joue un rôle dans la production de la gangrène, ce n'est qu'à titre de cause adjuvante et il est nécessaire de lui adjoindre un autre facteur étiologique qui serait la cause déterminante des accidents. Raynaud lui-même ne repousse pas une semblable hypothèse et il rapporte à ce sujet l'observation d'un malade qui, après avoir souffert pendant plusieurs années de syncope et d'asphyxie locales, vit un jour ses extrémités frappées de gangrène, en même temps qu'évoluait chez lui un diabète intense. Dans ce cas, d'après l'auteur, les troubles circulatoires du début n'auraient fait que préparer le terrain à l'influence dystrophique du diabète.

La théorie de Raynaud, en ce qui concerne la gangrène symétrique, est donc insuffisante, et en présence de cette constatation, on a cherché ailleurs l'explication des phénomènes. Deux opinions principales ont été émises à ce sujet.

De Viville, Cololian, Le Calvé, Dide et beaucoup d'autres, ont remarqué qu'il existait des lésions de névrite parenchymateuse dans la plupart des cas de gangrène symétrique qui ont pu être suivis d'une autopsie sérieuse, et ils ont émis l'idée que, sans faire intervenir d'autre cause, on pouvait expliquer les accidents par les altérations nerveuses (1).

La seconde théorie, au contraire, fait jouer un rôle prédominant à des lésions d'endartérite, qui, peu à peu, aboutiraient à l'oblitération plus ou moins complète des lumières vasculaires. Au début, il y aurait simplement excitation des parois artérielles et production du spasme réflexe expliquant la syncope et l'asphyxie, puis parvenu à un stade plus avancé de son évolution, le travail morbide déterminerait l'ischémie des parties, et la mortification qui en est la conséquence. Les névrites, constatées par les partisans de la théorie nerveuse, seraient secondaires aux altérations vasculaires, et consécutives à l'artérite obli-

(1) Tout récemment (Encéphale, septembre 1909), GILBERT et VILLARET, publiant l'observation d'un malade atteint de gangrène symétrique des extrémités et de sciatique, concluent de leurs recherches que, dans le cas particulier, la cause des accidents réside dans une irritation radiculaire produite par « un processus méningé, reliquat possible d'un méningo-myélite latente d'ancienne date, peut être encore épisode subaigu surajouté à cette lésion chronique et atténuée ». L'examen du liquide céphalo-rachidien du sujet révéla en effet une réaction méningée se traduisant par une mononucléose assez accusée, et par la présence d'une quantité anormale d'albumine.

térante frappant les vaso-nervorum au même titre que les artérioles des extrémités. De nombreuses autopsies, entre autres celle de Baraban et Etienne, sont venues confirmer cette opinion en apportant la preuve anatomo-pathologique de l'existence de lésions d'artérite dans la gangrène symétrique des extrémités.

Nous allons examiner si l'une de ces deux théories peut s'appliquer à cette même gangrène se montrant dans la mélancolie, mais malheureusement, il n'existe pas, à notre connaissance, de relations d'examens nécropsiques de cas semblables, et nous devons raisonner par analogie, et nous borner à émettre de simples hypothèses (1).

Bien que tout le monde s'accorde à constater que certaines dermatoses comme le zona et le vitiligo, ont manifestement une origine nerveuse, on ne sait pas s'il existe des centres trophiques spéciaux, on ignore le trajet des

(1) COULONJOU (Congrès des aliénistes de Pau, 1904) rapporte bien un cas de gangrène symétrique des extrémités dans lequel l'examen d'un fragment de sciatique et de poplitée externe et de deux artères (fémorale et tibiale postérieure), ne donna qu'un résultat négatif. Mais la malade qui fait le sujet de l'observation est une jeune fille âgée de dix-sept ans, qui fut conduite à l'asile pour des troubles mentaux caractérisés par du mutisme, de la sitiophobie, des tendances aux actes nuisibles et impulsifs, et qui succomba aux progrès d'une tuberculose ganglionnaire et pulmonaire. En plus de ce fait qu'il ne s'agit pas là d'une forme bien caractérisée de mélancolie, la tuberculose a certainement exercé dans ce cas une influence prépondérante sur l'apparition des phénomènes gangréneux.

fibres émanées de ces centres, et le mécanisme par lequel le système nerveux exerce son influence sur la nutrition des tissus est encore, à l'heure actuelle, très mal connu. C'est pour cette raison qu'il est difficile de s'expliquer comment des névrites périphériques arriveraient à donner naissance à la gangrène.

Pour Vulpian, celle-ci se produit quand les centres trophiques voient, dans une région, leur action suspendue d'une façon plus ou moins complète, soit qu'ils aient été détruits, soit qu'ils réagissent par voie réflexe à des excitations venues de la périphérie.

Cette interprétation pèche malheureusement par la base. L'étude anatomo-pathologique de la mélancolie est encore à faire, mais à part un certain degré d'anémie cérébrale, accompagnée de dilatation veineuse et d'œdème, on n'a encore trouvé aucune lésion de l'encéphale ou de la moelle qui put être considérée comme caractéristique de l'affection. Il n'y donc pas là destruction complète ou même partielle des centres, et cette attrition existerait-elle, qu'elle déterminerait l'apparition de troubles autrement sérieux et étendus que ceux qu'on observe dans la gangrène symétrique.

Les centres trophiques ne paraissent donc pas altérés ; mais, tout en les considérant comme intacts, on pourrait dire que les extrémités se trouvent soustraites à leur influence par suite de la névrite périphérique constatable à l'autopsie, et que l'influx nerveux nécessaire à la vie des tissus ne peut plus leur être transmis à travers des nerfs frappés de dégénérescence.

Il faut remarquer tout d'abord que les tubes nerveux ne sont jamais détruits complètement, et en admettant même que, dans certains cas, toute communication soit interrompue entre les centres et les régions placées sous leur dépendance, les lésions trophiques constatées alors ne devraient pas être plus prononcées que celles qui succèdent à des sections nerveuses expérimentales. Or, de nombreuses expériences ont montré que la suppression complète de l'influence trophique ne provoque que des désordres minimes, si l'on a soin de prendre certaines précautions. Brown-Séquard, en 1845, pratiquait la névrotomie du nerf sciatique chez des lapins et des cochons d'Inde, et écartait de ses sujets toute cause extérieure d'irritation, en les enfermant par exemple dans une boîte dont le fond était recouvert d'une épaisse couche de son. Dans ces conditions, aucun trouble n'est survenu dans la nutrition des membres frappés de paralysie, si ce n'est une atrophie musculaire n'évoluant que très lentement, et celle-ci ne se produisait même pas si, de temps en temps, on provoquait des contractions musculaires à l'aide de l'électricité. Les mêmes phénomènes se constatent à la suite des sections transversales ou des destructions partielles de la moelle. Enfin, la section du trijumeau qui aboutit habituellement à la fonte purulente de l'œil, ne détermine plus d'autre accident qu'une hyperhémie neuro-paralytique légère de l'iris et de la conjonctive, si l'on a soin de protéger le globe oculaire par un pansement approprié. Il est évident que s'il ne se montre pas de troubles trophiques à la suite de sections nerveuses complètes, la gangrène

ne paraît pas, à plus forte raison, devoir être attribuée à des névrites périphériques.

Cependant Charcot, reprenant les travaux de Brown-Séquard et expérimentant lui-même constata que la simple irritation des terminaisons nerveuses, peut être suivie de l'apparition de phénomènes trophiques. La simple excitation du ganglion de Gasser par un courant d'induction produit une conjonctivite intense, et une hyperesthésie telle que, quelquefois, au simple attouchement de l'œil, l'animal est pris de convulsions généralisées. « Si, écrit-il, les lésions qui ont pour résultat d'anéantir ou de suspendre l'action du système nerveux, n'ont pas le pouvoir de faire naître, dans les régions éloignées, d'autres troubles de la nutrition que ceux qui dépendent de l'inactivité prolongée, *il n'en est pas de même des lésions qui déterminent, soit dans les nerfs, soit dans les centres nerveux, une exaltation de leurs propriétés, une irritation, une inflammation.* L'excitation morbide des nerfs ou des centres nerveux est de nature, sous de certaines conditions, à provoquer à distance les troubles trophiques les plus variés. » Le mécanisme par lequel l'irritation nerveuse causerait la gangrène est l'artérite. « Quant aux faits de gangrène spontanée qui ont été rattachés à un spasme vasculaire, ils n'auraient pas, si j'en juge d'après mes observations, la signification qui leur a été prêtée, car, dans tous les cas de ce genre qu'il m'a été donné de rassembler, j'ai trouvé le calibre des vaisseaux rétréci par le fait d'une altération des parois artérielles ou obstrué par un thrombus ». En dernière analyse l'auteur

est donc obligé d'invoquer des lésions des vaisseaux pour expliquer la gangrène, et il se rapproche ainsi de la théorie vasculaire.

Pour les raisons qui précèdent, et sans nier que le mauvais fonctionnement du système nerveux ait quelquefois une influence néfaste sur la nutrition des tissus, nous ne croyons pas devoir considérer comme suffisantes et applicables à tous les cas, les diverses théories attribuant une origine nerveuse à la gangrène symétrique des extrémités. Nous allons examiner si la seconde opinion, soutenue ardemment par Courchet, paraît plus fondée.

Pour cet auteur toutes les manifestations de la maladie de Raynaud sont provoquées par des altérations des vaisseaux dont les névrites ne seraient que la conséquence. Plus récemment Sachs émet cette opinion que de nombreux états pathologiques ont pour cause ces mêmes altérations vasculaires et il considère que l'asphyxie locale, l'acrocyanose, l'érythromélgie, les œdèmes spéciaux de la main et du pied, la gangrène symétrique des extrémités, et même la sclérodermie sont des maladies affectant un rapport étroit et se confondant même en certains sens. A l'appui de sa thèse, l'auteur rapporte trois observations dans lesquelles l'autopsie révéla, parallèlement aux lésions nerveuses, des altérations artério-capillaires qui, selon lui, jouent dans la pathogénie des affections que nous venons de citer, un rôle aussi important que les dégénérescences plus ou moins accusées des nerfs dont elle seraient peut-être même la cause.

Cette théorie vasculaire nous paraît la plus satisfaisante

parce qu'elle permet de comprendre facilement la genèse de tous les phénomènes de Raynaud. Il y aurait tout d'abord irritation des terminaisons nerveuses par le processus morbide évoluant au niveau des parois artérielles, et production d'un spasme vaso-constricteur réflexe qui aboutirait à la syncope et à l'asphyxie locales ; puis oblitération plus ou moins complète des vaisseaux ayant pour conséquences la dénutrition des éléments cellulaires de toute espèce, l'abaissement de la température locale, et l'apparition des névrites périphériques. Un autre avantage d'une semblable explication des troubles est qu'on peut sans peine imaginer par quel mécanisme agissent les facteurs étiologiques si nombreux de la maladie de Raynaud, pour provoquer l'artérite oblitérante, et par suite la gangrène.

Malheureusement cette solution du problème, si satisfaisante soit-elle, ne peut pas être généralisée, et il nous semble, en particulier, qu'il est impossible de l'appliquer à la gangrène des mélancoliques. Il manque ici une base à nos recherches puisque nous n'avons à notre disposition aucun document anatomo-pathologique et que nous ne pouvons par conséquent ni affirmer, ni nier d'une façon absolue l'existence de lésions artérielles, mais il est permis de croire que, dans la plupart des cas, leur absence est la règle. Il faut constater, en effet, que la mélancolie est une affection de tous les âges et que si l'on connaît quelques observations de troubles trophiques accompagnés d'artériosclérose, la gangrène n'en survient pas moins habituellement sans aucune lésion vasculaire apparente, et sans qu'on puisse retrouver, dans les antécédents des sujets,

une maladie quelconque ayant pu provoquer de l'artérite. Or, celle-ci, tout au moins pendant la jeunesse, ne peut pas survenir spontanément, et puisqu'il nous est impossible de lui découvrir une origine, nous sommes bien obligés de conclure que le plus fréquemment les artères sont saines et que si la gangrène de Raynaud trouve sa cause primordiale dans une maladie antérieure quelconque, la gangrène des mélancoliques, au contraire, paraît relever uniquement de la psychose. Il reste à déterminer comment agit cette forme spéciale d'aliénation mentale pour provoquer les accidents, et c'est ce que nous allons essayer de faire. Nous le répétons, nous n'émettons ici qu'une simple hypothèse, mais elle est tout au moins très plausible, et si des travaux ultérieurs viennent infirmer nos conclusions, nous aurons toujours la satisfaction d'avoir orienté les recherches dans une voie qui, jusqu'ici, a été complètement délaissée.

Pour bien comprendre comment la mélancolie peut déterminer le sphacèle des extrémités, il faut procéder par comparaison du général au particulier et rechercher les causes habituelles de toutes les formes de gangrène. Quelles sont donc les conditions essentielles de la vie normale des tissus, ou, en d'autres termes, les facteurs indispensables sans le concours desquels ceux-ci sont frappés de mortification ? Tout d'abord il est nécessaire que le sang dans lequel baignent les éléments cellulaires arrive à leur niveau en quantité suffisante et que sa qualité ne soit pas altérée. Or, diverses causes sont susceptibles d'empêcher ces conditions d'être remplies. Un premier mode de production de la gangrène est l'arrêt complet de la circulation,

dans une proportion déterminée du corps par suite de thrombose ou d'embolie artérielles. De plus, la composition du liquide sanguin peut être altérée de diverses façons, soit que le nombre des globules ou la proportion d'hémoglobine aient été diminués, soit que l'oxygène n'arrive plus, pour une raison quelconque, en contact avec les hématies, ou que celles-ci deviennent impropres à le fixer, soit que l'addition de substances toxiques au plasma empêche les échanges moléculaires. Enfin, tout un ensemble de conditions de température, de pression, de composition chimique, de pouvoir osmotique, contribue à la nutrition régulière des nombreuses cellules dont la réunion constitue le corps humain.

A quelques exceptions près, ce n'est donc pas un trouble unique qui paraît provoquer la mortification des tissus, mais toute une série de circonstances qui, réunies dans un endroit déterminé, y abaissent à un tel point le taux de la vitalité, que les échanges nutritifs n'y sont plus désormais possibles, et le tort des auteurs est, à notre avis, d'avoir voulu attribuer uniquement, soit à une lésion nerveuse, soit à une lésion vasculaire, des désordres qui résultent du concours de multiples facteurs. Raynaud lui-même, quoique invoquant une seule cause, le spasme vasculaire, pour expliquer la maladie à laquelle on a donné son nom, comprend bien de cette façon la genèse des phénomènes, puisqu'il écrit, parlant de la gangrène en général : « Le nombre des cas de gangrène où on peut incriminer une cause unique, est extrêmement petit : tel est celui de l'oblitération subite de l'artère principale d'un membre. En fait, le

plus ordinairement, la gangrène est le résultat de causes complexes que l'analyse peut bien séparer, mais qui, en pratique, se réunissent et se confondent pour produire ce résultat intime » (1).

Nous devons donc trouver, chez les mélancoliques, tout un ensemble de circonstances défavorables à la vie des tissus, et capables de donner naissance à la gangrène. Or, la lypémanie est une affection dans laquelle, à côté de l'état mental pathologique, il existe toujours un désordre profond de toutes les fonctions de l'organisme, et nous allons voir, en reprenant les troubles physiques qui accompagnent si fréquemment la psychose, qu'à eux seuls, dans le cas particulier, ils constituent la réunion de causes complexes dont parle Raynaud, et peuvent déterminer par leur action combinée, l'apparition de phénomènes gangréneux.

Il existe certainement chez la plupart des lypémaniques des altérations nerveuses et ce sont elles qui, vraisemblablement, provoquent les perturbations si variées des différentes formes de la sensibilité, l'affaiblissement de la force musculaire et les affections diverses du revêtement cutané qu'on observe dans la mélancolie. Le spasme vasculaire lui-même, qui, seul, peut expliquer la syncope et l'asphyxie locales, et qui, d'ailleurs, peut être constaté de visu dans l'œil des malades, indique suffisamment le fonctionnement défectueux du système vaso-moteur, et sans vouloir faire jouer ici aux lésions nerveuses le rôle prédominant que certains auteurs leur ont attribué, il est évident qu'elles pré-

(1) RAYNAUD. — Art. Gangrène du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques de Jaccoud, Paris, 1871.

disposent puissamment à la dénutrition des parties qui sont sous leur dépendance.

Il est possible qu'à côté de ces névrites périphériques, on constate quelquefois l'existence d'un certain degré d'atrésie artérielle, mais selon toute probabilité, les lésions vasculaires ne sont pas la règle, et le plus souvent, il n'existe pas d'endartérite oblitérante. La circulation n'en est pas moins profondément troublée chez les mélancoliques, et nous avons insisté précédemment sur l'importance de ces troubles. Le nombre des pulsations cardiaques est restreint, le pouls radial est filiforme, à peine perceptible, le pouls capillaire disparaît, et on constate habituellement une vaso-constriction périphérique intense, s'accompagnant de stase veineuse. Puis, dans la suite, d'autres désordres surviennent, et la gêne circulatoire ne fait que s'accroître. C'est ainsi que l'œdème, qui se montre si fréquemment au cours des psychoses dépressives, ne trouve pas aux extrémités la place nécessaire à son développement. Les téguments, distendus par la sérosité, s'éraillent et les capillaires se trouvent comprimés à tel point que le sang peut se coaguler à leur intérieur et donner naissance à des thromboses qui supprimeront définitivement les échanges nutritifs. La quantité de sang apportée aux éléments cellulaires est donc déjà notablement insuffisante, et si, surajouté à tous ces phénomènes, un spasme vasculaire se produit, l'équilibre vital se trouvera si compromis que la moindre irritation provoquée par une influence extérieure, ou par une cause quelconque, deviendra suffisante pour en amener la rupture. Dans ce cas, la gangrène apparaîtra brusquement

à la suite du traumatisme le plus bénin, comme elle se montre quelquefois après les mouchetures pratiquées dans les grands œdèmes qui accompagnent les périodes avancées des cardiopathies.

De nombreux obstacles s'opposent donc au cours régulier du sang dans les vaisseaux, et la vitalité des tissus se trouve fortement compromise par une circulation si défectueuse, mais d'autres raisons contribuent à rendre presque impossible leur vie déjà si précaire. Nous avons vu précédemment que le liquide sanguin lui-même était profondément altéré dans la mélancolie. La stase veineuse le surcharge d'acide carbonique, le nombre de ses globules est diminué ainsi que la proportion d'hémoglobine fixée par eux, et à ce sang de qualité inférieure vient se combiner une quantité d'oxygène insuffisante pour comburer les produits d'élimination de l'organisme. Chez les lypémaniques en effet, la respiration se fait lentement, d'une manière superficielle, et les mouvements inspiratoires, espacés par de longues pauses, sont impuissants à assurer une ventilation convenable des alvéoles pulmonaires.

Enfin, les variations de la toxicité urinaire, la présence dans les excréta de nombreux produits anormaux, comme l'indoxyl, l'indican urinaire, la glucose, etc., révèlent chez ces malades une insuffisance hépatique assez accusée, et la résorption, au niveau de l'intestin, de nombreuses substances toxiques. Le sang, déjà très pauvre, se trouve donc vicié par l'auto-intoxication, et si de telles altérations paraissent le plus souvent ne jouer vis-à-vis de la gangrène que le rôle de cause prédisposante, il n'en est pas moins

vrai qu'elles peuvent la produire avec l'aide d'une cause déterminante quelconque.

Il faut ajouter que la lypémanie exerce une influence désastreuse sur la nutrition de tous les tissus en général, qu'elle produit dans l'organisme un état de moindre résistance aux traumatismes comme aux infections, et qu'elle abaisse considérablement le taux de la vitalité de tous les éléments cellulaires. Ces aliénés sont facilement frappés par la tuberculose, et la moindre maladie intercurrente prend chez eux un caractère de gravité exceptionnel. Hotchkins rapporte le cas d'un homme de cinquante-neuf ans, atteint de mélancolie, qui, ayant glissé sur le parquet, fit une chute qui détermina une légère coupure au dessus du sourcil droit. Cinquante-cinq heures après, il succombait à un érysipèle œdémateux de la face et du cuir chevelu. Chose extraordinaire, il n'y eut aucune élévation de température et celle-ci, au contraire, resta constamment au-dessous de la normale. L'autopsie montra que le tissu cérébral était œdématié ainsi que les poumons, mais, malgré l'œdème cérébral, aucun signe de compression ne fut signalé. Cette observation montre bien avec quelle facilité les mélancoliques peuvent devenir la proie d'un processus infectieux quelconque.

En résumé, chez ces malades, les différents tissus des extrémités sont soustraits partiellement à l'influence du système nerveux, et insuffisamment irrigués par un sang de mauvaise qualité. Ils se trouvent donc dans des conditions d'existence éminemment défavorables. Leur vie se maintient à grand'peine, demeure en quelque sorte latente

et si, momentanément, un des facteurs que nous venons d'énumérer prend plus d'importance, si un traumatisme extérieur en apparence insignifiant vient adjoindre son influence nocive à tant de causes de déchéances, l'équilibre se trouve rompu et la gangrène survient. C'est ainsi que l'impression du froid, une déclivité prolongée des extrémités, augmentant à leur niveau l'intensité des troubles congestifs, une excoriation, voire même une simple pression peuvent provoquer l'apparition des accidents. Ainsi également a paru agir par dénutrition générale le refus prolongé des aliments, chez la malade qui fait le sujet de notre observation I puisque, depuis que l'alimentation est suffisante, la gangrène n'a plus reparu. Cette hypothèse nous permet de comprendre comment la gangrène symétrique subit de nombreuses alternatives en bien ou en mal selon que les divers facteurs prennent, à un moment donné, une influence plus ou moins prépondérante, car s'il existait une lésion nerveuse ou artérielle définitive constituant la cause unique du sphacèle des extrémités, celui-ci devrait persister en même temps que le désordre anatomo-pathologique qui lui aurait donné naissance.

Reste à expliquer maintenant la symétrie des lésions, et la raison pour laquelle les extrémités seules sont frappées par le processus morbide.

En ce qui concerne la symétrie, on pourrait dire avec Vulpian que la prédisposition locale est à peu près la même dans les parties homologues du corps puisque leur constitution anatomique est sensiblement identique. De plus, il est évident que certaines causes déterminantes comme la

déclivité prolongée, le froid, etc., agissent aussi bien sur une extrémité que sur l'autre. Enfin, il existe certainement des relations intimes entre les vaso-moteurs de deux régions symétriques puisqu'une vaso-constriction active se produit dans les deux mains alors qu'une seule d'entre elles est soumise à l'action du froid.

La localisation aux extrémités se comprend facilement puisque c'est à ce niveau que les causes extérieures, comme le froid, et les traumatismes variés, exercent habituellement leur action. Normalement la circulation y est d'ailleurs moins intense que dans les parties centrales du corps, et, comme le fait remarquer Raynaud, il y a là « réunion sur un même point de deux causes importantes de refroidissement : 1° le manque d'afflux d'un liquide chaud ; 2° un rayonnement puissant capable de faire perdre le calorique acquis. » Ne sont-ce pas en effet les doigts et les orteils qui se montrent le plus fréquemment atteints d'engelures, et n'est-ce pas pour ces motifs que la gangrène des extrémités n'envahit pas la profondeur des tissus, mais se localise habituellement à la surface du revêtement cutané, partie du corps qui se trouve plus particulièrement exposée aux agents extérieurs ?

Telle est, à notre avis, la genèse des troubles gangréneux se montrant au cours de la lypémanie, et si, dans la pratique, on ne rencontre qu'un nombre relativement restreint de cas semblables, c'est qu'il est nécessaire de trouver réuni chez le même sujet tout un ensemble de circonstances dont chacune en particulier est incapable de provoquer les accidents, mais dont la réunion intime rend désormais impos-

sible la vie des tissus. Si, dans l'avenir, les aliénistes ont l'occasion de poursuivre cette étude, il est probable que leurs constatations viendront à l'appui de notre thèse, en démontrant qu'il n'existe pas une lésion anatomique constante, déterminant, par un processus unique, la gangrène des mélancoliques.

Vu :

Nancy, le 15 novembre 1909.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

BERNHEIM.

Vu :

Nancy, le 16 novembre 1909.

LE DOYEN,

GROSS.

Vu ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 17 novembre 1909.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

CH. ADAM,

Correspondant de l'Institut

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- ALICOT (J.). — Contribution à l'urologie clinique des maladies mentales. Les coefficients urinaires. Leur valeur dans les psychoses. Thèse Montpellier, 1903.
- ATHANASSIO. — Les mélancoliques. Etude clinique. Archives de Neurologie, janvier 1899.
- ATHANASSIO. — L'œil des mélancoliques. Archives de Neurologie, 1899, t. VII.
- BAILLARGER. — De la mélancolie avec stupeur. Annales médico-psychologiques, 1853, t. I.
- BALL. — De la mélancolie. Encéphale, 1888.
- BALL. — Leçons sur les maladies mentales. Paris, 1880.
- BALLET-GILBERT. — Traité de pathologie mentale. Paris, 1880.
- BALLET, BORDAS et ROUBINOVITCH. — Contribution à l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales. Congrès de médecine mentale. La Rochelle, 1893.
- BARABAN et ETIENNE. — Endartérite et gangrène symétrique des extrémités. Revue médicale de l'Est, 1889.
- BERNHEIM. — Asphyxie locale des extrémités. Revue médicale de l'Est, 1878.
- BETTENCOURT-RODRIGUES. — De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation d'estomac dans les formes dépressives et mélancoliques. Congrès de médecine mentale. Paris, 1889.
- CALVÉ (LE). — De l'œdème aigu toxi-neuropathique de la peau et des muqueuses. Thèse Paris, 1901.

- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris, 1887, t. I, 1<sup>re</sup> partie.
- CHEVALIER-LAVAURE. — Toxicité comparée de l'urine et du sérum chez les mélancoliques. Congrès de médecine mentale. La Rochelle, 1893.
- COLOLIAN. — Cholémie et mélancolie. Archives de Neurologie, 1905, t. XX.
- COTARD. — Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. Société médico-psychologique, 28 juin 1880.
- COTARD. — Du délire des négations. Archives de Neurologie, 1882.
- COULONJOU. — Un cas de maladie de Raynaud suivi de mort chez une jeune fille hystérique et tuberculeuse. Congrès des aliénistes. Pau, 1904.
- COURCHET. — Le syndrome de Raynaud et l'artérite oblitérante. Thèse Lyon, 1898.
- CRAMER. — Ictère, psychoses, auto-intoxication. Archives de Neurologie, 1897, t. III.
- CROCO. — Acrocyanose. Congrès des aliénistes. Nancy, 1896.
- CULLERRE. — Etude clinique sur la lypémanie stupide, 1873.
- DAWSON. — Un cas d'ecchymoses accompagnant de l'excitation délirante. (Mélancolie) Journal of Mental Science, octobre 1895.
- DHEUR. — De l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques. Thèse Paris, 1896.
- DIDE. — Dermato-psychies. Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest, 1904.
- DIDE. — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. Congrès des aliénistes. Lille, 1906.
- DUMAS. — La tristesse et la joie. Paris, 1900.
- FALRET. — De la mélancolie et de ses diverses variétés. Annales médico-psychologiques, 1890.
- FÈVE. — Des altérations du système nerveux cutané dans la folie. Annales médico-psychologiques, janvier-mars 1876.
- FOUQUET. — Asphyxie locale et gangrène symétrique des extrémités. Thèse Nancy, 1894.
- GARRIGUES. — Syncope et asphyxie locales. Gangrène. Sclérodémie. Thèse Paris, 1899.
- GILBERT et LEREBoullet. — Note sur la psychologie des cholémiques. Revue Neurologique, 1904, t. II.
- GILBERT et LEREBoullet. — Neurasthénie biliaire. *Ibidem*.
- GILBERT, LEREBoullet et COLOLIAN. — Origine biliaire de la mélancolie. *Ibidem*.

- GILBERT et VILLARET. — Gangrène symétrique des extrémités d'origine radiculaire probable. (Réaction méningée chronique et latente de nature indéterminée). Encéphale 10 septembre 1909.
- GUÉRIN et AIMÉ. — Un cas de folie intermittente avec étude de quelques éléments urologiques. Revue médicale de l'Est, 1899.
- HOTCHKINS. — Malignant œdema in a case of mélancholia. Rapid fatal termination. Journal of Mental Science. Volume XLIX.
- KRAFFT-EBING. — Traité clinique de psychiatrie. Paris, 1897.
- LEWIS et BRUCE. — Signification clinique de l'indoxyl dans l'urine. Journal of Mental Science, 1906.
- MACPHERSON. — Journal of Mental Science, avril 1889.
- MAIRET et BOSCH. — Recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine des aliénés. Archives de Physiologie, janvier 1892.
- MASSELOU. — La Mélancolie. Paris, 1906.
- MELVILLE-HIBBARD. — De l'excrétion de l'urée et de l'acide urique dans la mélancolie. American Journal of Insanity, avril 1898.
- MERCIER. — Etude sur les variations de la pression artérielle dans les maladies nerveuses et particulièrement les psychoses. Thèse Lyon, 1906.
- OBICI et BONON. — Recherches sur la résistance des globules rouges chez les aliénés. Annales médico-psychologiques, 1905, t. I.
- PARISOT (P.) et LÉVY. — De la toxicité urinaire au cours de la démence simple ou avec manifestations vésaniques. Congrès des aliénistes. Nancy, 1896.
- RAYNAUD. — De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités. Thèse Paris. 1862.
- RÉGIS. — Précis de psychiatrie.
- RÉGIS et CHEVALIER-LAVAURE. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Rapport au Congrès des aliénistes. La Rochelle, 1893.
- RITTI. — Traité clinique de la folie à double forme.
- RITTI. — De l'asphyxie locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme. Annales médico-psychologiques, juillet 1882.
- SACHS. — Quelques trophonévroses. Leur rapport avec la maladie des vaisseaux des extrémités. Philad. Méd. Journ., 1901.
- SÉGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.
- SÉGLAS. — La mélancolie. Annales médico-psychologiques, 1890.
- SOUKHANOFF et PÉTROFF. — Contribution à l'étude de troubles

- physiques particuliers dans l'état de stupeur. *Journal de Neurologie*, n° 8.
- STEELE (W.). — Le sang dans la mélancolie. *American Journal of Insanity*, 1893.
- TARGOWLA. — Troublés trophiques chez un mélancolique. *Annales médico-psychologiques*, 1892.
- TOULOUSE et ROUBINOVITCH. — La mélancolie. Paris, 1897.
- TOWNSEND. — La dépression mentale et la mélancolie considérées dans leurs rapports avec l'auto-intoxication, au point de vue spécial de l'indoxyl dans l'urine et de sa valeur clinique. *Journal of Mental Science*, janvier 1905.
- VIEL. — Contribution à l'étude de la nutrition dans les états mélancoliques. Elimination de l'urée et de l'acide phosphorique. Thèse Paris, 1906.
- VIVILLE (de). — Contribution à l'étude de la gangrène des pieds. Thèse Paris, 1888.
- VULPIAN. — Leçons sur l'appareil vaso-moteur. Paris, 1875.
-

## TABLE DES MATIERES

---

|                                                                                | Pages. |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------|
| INTRODUCTION .....                                                             | 5      |
| CHAPITRE I. — Symptômes psychiques de la mélancolie.....                       | 7      |
| CHAPITRE II. — Troubles physiques dans la mélancolie.....                      | 23     |
| CHAPITRE III. — Troubles vaso-moteurs et trophiques dans la<br>mélancolie..... | 49     |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....                                                     | 98     |







